

Aus der Frauenklinik der Freien Universität Berlin in
Berlin - Charlottenburg
und der Städtischen Klinik für Lungenkranke, Heckeshorn
Direktor: Professor Dr. med. Herbert L a x

DAS PROBLEM DER STERILISATIONSOPERATION
IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Karin Ständer
aus Berlin

1969

Aus der Frauenklinik der Freien Universität Berlin in
Berlin - Charlottenburg
und der Städtischen Klinik für Lungenkranke, Heckeshorn
Direktor: Professor Dr. med. Herbert L a x

DAS PROBLEM DER STERILISATIONSOOPERATION
IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Karin Ständer
aus Berlin

Dekan: Professor Dr. med. Hans-Heinz N a u m a n n

Referent: Professor Dr. med. Herbert L a x

Korreferent: Professor Dr. med. Hanns-Werner B o s c h a n n



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Freien Universität Berlin.

Promoviert am: 11. Februar 1969

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite:</u>
Vorwort	1
I. EINFÜHRUNG	1
A) Entwicklung der Sterilisationsoperationen	2 - 4
a) Indikationsarten	
b) Die Sterilisationsoperation in der Geschichte der Medizin	
B) Gesetzliche Grundlagen der Sterilisations- operation im Ausland und gesetzliche Grundlagen der Sterilisationsoperation in Deutschland einschließlich der Schwangerschaftsunterbrechung	4 - 18
a) im Ausland	
b) in Deutschland	
C) Literaturvergleich zur Frage der Indikationsstellung	18 - 24
D) Technik der verschiedenen Sterilisationsoperationen bei der Frau	25 - 28
II. STERILISATIONSDPERATIONEN IN DER UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK BERLIN - CHARLOTTENBURG UND DER STÄDTISCHEN KLINIK FÜR LUNGENKRANKE HECKESHORN VON 1950 - 1964	29 - 74
A) Indikationsstellung	30 - 52
a) Die medizinische Indikation	
b) Die eugenische Indikation	
c) Häufigkeit und Art der Indikationsstellung von 1950 - 1964	
B) Einteilung der Sterilisationsoperationen	53 - 58
a) nach der Häufigkeit der Operations- methoden in den einzelnen Jahren	
b) nach dem Operationsweg	
c) nach der Ausführung im Zusammenhang mit gynäkologischen Eingriffen, Geburt und Frühgeburt	
d) nach dem Alter der Patientinnen und der Anzahl der Kinder	
III. AUSWERTUNG	59 - 65
Diskussion einer gesetzlichen Neuregelung	66 - 74
Zusammenfassung	75
Literaturverzeichnis	
Tabelle von 62 Fällen	

Seit dem Prozeß gegen Dr. D o h r n vor dem Landgericht Hannover und dem Bundesgericht in Berlin wegen 1.300 Tubenligaturen, die er in den Jahren 1946 - Ende Januar 1961 durchgeführt hatte, ist die Frage der Zulässigkeit von Sterilisationsoperationen wieder stärker in der Bundesrepublik Deutschland diskutiert worden. Die folgende Arbeit gibt anhand eines Überblicks über Indikationsstellung und Ausführung von Sterilisationsoperationen in der Universitätsfrauenklinik Berlin-Charlottenburg und der Städtischen Klinik für Lungenkranke, Heckeshorn, von 1950 - 1964 eine Stellungnahme zum Problem der Sterilisationsoperationen in der Bundesrepublik Deutschland:

Inwieweit sind Sterilisationsoperationen heute gerechtfertigt und rechtlich zulässig ?

I. Einführung

Mit Hilfe der operativen Unfruchtbarmachung bemüht man sich seit Anfang dieses Jahrhunderts, ein altes Menschheitsproblem, die Verhinderung minderwertigen erbkranken Nachwuchses, zu bewältigen. Für eine Sterilisationsgesetzgebung wurden in den einzelnen Ländern Amerikas und Europas verschiedene Indikationen festgesetzt, die auch heute noch als maßgeblich bei der Durchführung von Sterilisationsoperationen betrachtet werden.

A) Entwicklung der Sterilisationsoperationen

a) Indikationsarten

1) Die eugenische Indikation

Bei den erblichen Geisteskrankheiten und erblichen Körpermißbildungen sollte eine Sterilisation der betroffenen Personen durchgeführt werden, um eine Ausbreitung zu verhindern. Zu dieser Ansicht gelangten die einzelnen Staaten aus allgemeinen bevölkerungspolitischen Erwägungen heraus, die auf sozialpolitische Grundgedanken zurückgingen (K o h l r a u s c h , K i e r s k i , K o h l h a a s).

2) Die medizinische Indikation

Eine Sterilisation sollte durchgeführt werden, wenn eine Schwangerschaft eine ernste Gefahr für die mütterliche Gesundheit oder das mütterliche Leben mit sich bringen würde, hauptsächlich bei Herzkrankheiten, Nierenerkrankungen, wiederholten Kaiserschnitten und Zuständen nach mehrfachen Bauchoperationen. Diese Indikation sollte sich mit der Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung decken. Nach N a u j o k s sollten bei der Sterilisation noch die Zusätze beachtet werden, daß das Leiden weiter besteht, daß eine Besserung nach dem Abortus artificialis nicht oder nur vorübergehend zu erreichen ist, daß mit Recidiven und Exacerbationen sicher gerechnet werden muß, daß immer wieder weitere Unterbrechungen notwendig würden, die ihrerseits die Gesundheit gefährden.

3) Die soziale Indikation

Mit einer derartigen Indikation zur Sterilisation soll sozial schwachen, kinderreichen Familien geholfen werden, und man versucht in einzelnen Ländern, auf diese Weise das Asozialenproblem zu lösen (K i r c h h o f f , K o h l r a u s c h , S c h m i d t).

In Amerika gibt es die sogenannte "sozial-wirtschaftliche" Indikation bei Frauen über 30 mit fünf bis acht Kindern, die keine weiteren Schwangerschaften wünschen (G a m p e l l , A d a m s , H e a r i n , N o r r i s , M o o r e und R u s s e l l). Die Sterilisationsoperation wird also hier bereits als eine Methode der Empfängnisverhütung stärker in den Vordergrund gestellt. Bei uns in Deutschland ist dieser Gedanke auch schon aufgegriffen worden (D o h r n).

b) Die Sterilisationsoperation
---in der Geschichte der Medizin

1852 wurde zuerst auf die Sterilisationsoperation als eugenische Maßnahme hingewiesen. Der württembergische Pharmakologe und Hygieniker O e s t e r l e n (1812 - 1877) forderte in seiner "Medizinischen Logik" unter Hinweis auf das Vorbild Amerikas, daß an die Stelle des Therapeuten alten Schlages der "Prophylaktiker" tritt (nach D i e p g e n). 1834 hatte B l u n d e l l (nach S t a r r) die erste Tubenligatur nach einem Kaiserschnitt durchgeführt und 1881 L u n g r e n eine Tubenligatur nach dem zweiten Kaiserschnitt vorgenommen. Die Idee der Verhütung erbkranken Nachwuchses fand zum ersten Mal im Jahre 1886 praktische Anwendung, als der Psychiater F o r e l eine Frau kastrieren ließ, die an einer "Sexual-Neurose" litt. Im Jahre 1892 ließ er die Operation aus rein eugenischen Gründen bei mehreren Patientinnen vornehmen (nach S i g e r i s t).

Es war ein großer Fortschritt, als der Gynäkologe K e h r e r in Heidelberg 1897 bei Frauen aus medizinischer Indikation (Verminderung des Entbindungsrisikos), aber auch schon in besonderen Fällen aus reiner eugenischer Indikation an die Stelle der Eierstocksentfernung die Sterilisation durch Unter-

bindung und Durchschneidung der Tuben auf vaginalem Wege setzte. Dadurch traten keine Ausfallerscheinungen auf wie nach einer Kastration (nach Diepgen). In Amerika entwickelte 1898 Ochsner (nach Diepgen) und Sharp (nach Ott) eine Sterilisationsmethode für den Mann, bei der die Samenleiter durchtrennt wurden.

B) Gesetzliche Grundlagen
der Sterilisationsoperation im Ausland
und gesetzliche Grundlagen der Sterilisations-
operation in Deutschland einschließlich der
Schwangerschaftsunterbrechung

a) im Ausland

Sharp trug zur Einführung des ersten modernen Sterilisierungsgesetzes bei, das 1907 im USA-Staat Indiana erlassen wurde (Gampell, Ott, Kankleit, Kohlrausch). Es folgten weitere US-Staaten mit Gesetzen: 1909 California, Connecticut und Washington (1942 aufgehoben), 1911 Iowa, 1912 New York (aufgehoben 1918), 1913 Kansas, North Dakota, Wisconsin und Michigan, 1915 Nebraska, 1917 Oregon, South Dakota und New Hampshire, 1919 Alabama (aufgehoben 1935) und North Carolina, 1923 Delaware und Montana, 1924 Virginia, 1925 Idaho, Utah, Minnesota und Maine, 1928 Mississippi, 1929 Arizona und West Virginia, 1931 Oklahoma und Vermont, 1935 South Carolina und 1937 Georgia. Diese Gesetze haben alle eugenische Ziele, und viele lassen neben einer therapeutischen Indikation ("zum Besten der Gesundheit der Betroffenen") zum Teil auch noch eine soziale Indikation zu. In 19 Staaten wird die Sterilisation zwangsweise durchgeführt, in 11 Staaten nur bei Anstaltsinsassen, in 8 Staaten auch bei in Freiheit lebenden Personen. Man hatte bei der Einführung der ersten eugenischen Gesetze in den USA aber unglücklicherweise Sterilisation und Kastration miteinander verquickt. Die Sterilisation ist aber eine

ärztliche Maßnahme, während die Kastration unbesserlicher Sexualverbrecher eine Strafmaßnahme im Interesse der Rechtspflege sein kann zum Schutz der übrigen Bevölkerung. Daher wurde eine Reihe von Gesetzen im Laufe der Jahre für verfassungswidrig erklärt und neue Gesetze ohne Kastrationsparagrafen geschaffen. Andere Gesetze wurden ausdrücklich für verfassungsgemäß erklärt, und einige sind noch nicht überprüft worden. In einzelnen amerikanischen Staaten werden bestehende Sterilisationsgesetze nicht angewendet.

P o p e n o e , Sekretär der "Human Betterment Association", einer Vereinigung in den USA, die sich um ein besseres Verständnis der freiwilligen Sterilisation bemüht, sagt: "Sterilisation ist ein unentbehrlicher Bestandteil jeder großzügigen, weitsichtigen und humanen Politik zur Lösung der Frage, was mit den geistig Minderwertigen und geistig Kranken und Hilfsbedürftigen des Staates geschehen soll. Die meisten Sterilisationen sind freiwillig, aber es ist notwendig, in gesetzlichen Bestimmungen die Zwangsanwendung vorzusehen". (Siehe bei K o h l r a u s c h)

Im Anschluß an den USA-Staat Indiana im Jahre 1907 hat auch eine ganze Reihe von Staaten in Nord- und Lateinamerika, Europa und Asien Sterilisationsgesetze erlassen. Ausgangspunkt der Gesetze waren dabei immer Fragen der Eugenik, die damals sehr diskutiert wurden.

Außer in Kanada, 1928 in den Provinzen Alberta und Brit. Columbia sowie im Kanton Waadt in der Schweiz, haben aber alle Gesetze außer der eugenischen auch eine soziale Indikation vorgesehen. Im Kanton Waadt wurde 1928 das erste europäische Sterilisationsgesetz

geschaffen und in das "Irrengesetz" von 1901 eingefügt: Geisteskranke und Geistesschwache können zwangsweise sterilisiert werden, wenn Unheilbarkeit und Wahrscheinlichkeit einer geschädigten Nachkommenschaft bestehen.

Im Kanton Bern ist neben der medizinischen und eugenischen eine soziale Indikation vorgesehen. Die Regelung besteht nur in einer Anweisung an die Armenbehörden, Regierungsstatthalter und Bezirksarmeninspektoren vom Jahre 1931, und zwar ist grundsätzlich nur die Sterilisation der Frau vorgesehen. Falls jedoch die Gründe beim Ehemann liegen sollten, d.h. bei Erbkrankheit des Mannes, ist die Frage zu prüfen, ob nicht anstelle der Sterilisation der Frau die des Mannes vorgenommen werden soll. Also wird auch bei Erbkrankheit des Mannes die Sterilisation der Frau vorgenommen und die Sterilisation des Ehemannes nur erwogen. Da eine Unfruchtbarmachung eines Gesunden keinen eugenischen Wert hat, ist hieraus ersichtlich -ebenso wie die Anweisung an die Armenbehörde aussagt-, daß die Vorschrift einen sozialen Charakter hat.

In anderen Teilen der Schweiz gibt es keine gesetzliche Regelung. Eine Frau kann nach mehreren schweren Geburten und bei körperlicher Erschöpfung eine Sterilisation wünschen, beim dritten Kaiserschnitt wird dazu geraten, aber Einverständniserklärungen beider Eheleute verlangt. Außerdem sind von der Medizinischen Gesellschaft Basel 1934 Empfehlungen herausgegeben worden. Zur Empfängnisverhütung und zur Bekämpfung der Abtreibungen können Sterilisationsoperationen vorgenommen werden, wenn bereits gesunde Kinder vorhanden sind und beide Elternteile über die Folgen der Operation aufgeklärt sind und

schriftliches Einverständnis geben.

Die skandinavischen Länder haben ebenfalls Gesetze mit vorwiegend eugenischem Ziel, außerdem aber in allen Fällen neben medizinischen auch soziale Indikationen. Als erster Staat erließ Dänemark 1929 entsprechende Gesetze (Neufassungen 1934, 1935, 1954), es folgten: Schweden 1935 (neugefaßt 1941), Norwegen 1935, Finnland 1935, Island 1938, Estland 1936 (nach der Annektion durch die UdSSR aufgehoben), Lettland 1937 (ebenfalls aufgehoben). In manchen Ländern ist lediglich die Sterilisation von Anstaltsinsassen vorgesehen. In Norwegen z.B. werden Geisteskranke auf Antrag des Vormunds aus erbpflegerischen oder sozialen Gründen einer Sterilisation unterworfen.

In Schweden ist die Sterilisation indiziert:

- 1) falls erbliche Geisteskrankheiten, Geistes-
schwäche oder schwere Krankheiten der Nachkommen-
schaft aus guten Gründen befürchtet werden,
- 2) falls jemand aufgrund von Geisteskrankheit,
Geistesschwäche oder anderen Störungen der
Geistestätigkeit oder asozialer Lebensweise offen-
bar ungeeignet ist, in der Zukunft die Fürsorge
für Kinder zu übernehmen,
- 3) falls wegen Krankheit, Körperfehlern oder Schwäche
der Frau durch die Schwangerschaft eine ernste
Gefahr für deren Leben oder Gesundheit besteht.

Nach dem schwedischen Sterilisationsgesetz von 1941 ist die Sterilisation grundsätzlich freiwillig (E k b l a d). In den anderen skandinavischen Staaten sind die gleichen Gründe wie in Schweden für die Sterilisationsoperation ausschlaggebend. Norwegen, Finnland und Island lassen außerdem noch die

Sterilisation zur Heilung eines abnormen Geschlechtstriebes zu. Island nennt sogar die Kastration. In Island ist auch die Sterilisation von Kriminellen zugelassen. Eine gleiche Verordnung gilt seit 1932 im Bundesstaat Veracruz. Eine zwangsweise Sterilisation ist in diesen Ländern nicht vorgesehen.

In Panama ist die soziale Indikation bei Personen mit mindestens fünf Kindern und besonderen wirtschaftlichen und sozialen Voraussetzungen gesetzlich festgelegt. Die Sterilisation ist freiwillig.

In Frankreich werden Sterilisationen auch aus sozialen Indikationen durchgeführt, ebenso in Holland und in England. Gesetzliche Regelungen gibt es in diesen Ländern nicht.

In Japan wurde 1940 ein eugenisches Gesetz geschaffen, 1948 aber ein neues, moderneres Gesetz erlassen, in dem 55 Krankheiten erwähnt werden, die die Sterilisation begründen können. Außerdem ist nicht nur die indikationslose Sterilisation straffrei, sondern aus Gründen der Überbevölkerung werden Sterilisationen vom Staat gefördert und propagiert.

Auch in Indien und Südkorea werden Sterilisationsaktionen durchgeführt aus sozialen Gründen zur Geburtenregelung (nach O t t), aber niemals zwangsweise.

b) in Deutschland

Das deutsche Sterilisationsgesetz, das sogenannte "Erbgesundheitsgesetz", konnte als eines der ersten nationalsozialistischen Gesetze erlassen werden, da es bereits im Entwurf des Preußischen Landesgesundheitsrates vom Jahre 1932 vorlag. Die Ideen zum

Erbgesundheitsgesetz entstammten also nicht nazistischem Gedankengut, sondern allgemein bevölkerungspolitischen Erwägungen, die auf sozial-politische Grundgedanken zurückgingen und schon 1914 zu einem ersten Gesetzesentwurf geführt hatten, der die Sterilisation aus medizinischer Indikation heraus zuließ, andere Indikationen aber nicht beachtete, also auch bevölkerungspolitische Ziele hatte.

1924 forderte der Zwickauer Bezirksarzt Dr. B o e - t e r s als erster staatlichen Zwang bei der Unfruchtbarmachung von erbkranken und sozialen Schädlingen. 1925 legte er dem Reichstag die von ihm selbst genannte "Lex Zwickau" vor, einen Gesetzesvorschlag über "Die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen". (Siehe bei K o h l r a u s c h)

Nachdem 1931 eine Fachkonferenz evangelischer Theologen mit ärztlichen Leitern von evangelischen Heil- und Pflegeanstalten stattfand, die aufgrund des "erschütternden Materials in diesen Anstalten" zu der Feststellung kam, daß die Forderung der Unfruchtbarmachung religiös-sittlich gerechtfertigt sei, befaßte sich 1932 der Preußische Landesgesundheitsrat mit dem Problem und kam zu einem rein eugenisch ausgerichteten Gesetzesentwurf (H a r m - s e n), der im wesentlichen dem im Jahre 1933 von den Nationalsozialisten erlassenen Sterilisationsgesetz als Grundlage diente (K o h l r a u s c h).

Das deutsche Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Erbgesundheitsgesetz) vom 14.7.1933 enthält im § 1 eine Aufzählung der Erbkrankheiten, die eine Sterilisation indizieren:

- 1) angeborener Schwachsinn
- 2) Schizophrenie
- 3) zirkuläres (manisch-depressives) Irresein
- 4) erbliche Fallsucht
- 5) erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)
- 6) erbliche Blindheit
- 7) erbliche Taubheit
- 8) schwere erbliche körperliche Mißbildung.

Außerdem war schwerer Alkoholismus eine Indikation zur Sterilisation.

Nach § 2 ist derjenige antragsberechtigt, der unfruchtbar gemacht werden soll oder bei Geschäftsunfähigkeit oder Entmündigung der gesetzliche Vertreter. Dem Antrag ist eine Bescheinigung beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt ist.

Nach § 3 können die Unfruchtbarmachung auch beantragen:

- 1) der beamtete Arzt
- 2) für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

Nach § 5 ist für die Entscheidung zuständig das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

§ 14 Abs. 1 bestimmt dann:

"Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung

der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernststen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht".

Nach Abs. 2 ist beim Mann lediglich noch zur Befreiung von einem entarteten Geschlechtstrieb die Kastration zugelassen.

Sterilisationen, die aus anderen als im Gesetz genannten Gründen vorgenommen wurden, unterlagen der Strafandrohung nach §§ 223 - 225 StGB wegen Körperverletzung. Mit diesem Gesetz hatte auch der § 226a StGB:

"Körperverletzungen, die mit Einwilligung vorgenommen werden, sind nur dann rechtswidrig, wenn sie gegen die guten Sitten verstoßen"

seine Bedeutung verloren (H a n a c k , U r b a n - c z y k).

Die im Gesetz zugelassenen Sterilisationen waren nicht strafbar, und die nicht zugelassenen Sterilisationen waren auch als schwere Körperverletzungen zu bestrafen, wenn sie mit Einwilligung der Betroffenen erfolgten. Der Rechtfertigungsgrund der Einwilligung entfiel schlechthin. Es kam daher auch nicht darauf an, ob die Tat gegen die guten Sitten verstieß. 1943 wurde als Ergänzung der § 226b eingeführt, der freiwillige Sterilisationen nicht mehr als tatbestandsmäßige Körperverletzung bezeichnete, sondern sie strikt unter Strafe stellte, soweit sie nicht zu den gesetzlich zugelassenen Fällen gehörten.

Die auffälligste Abweichung des Gesetzes vom Entwurf des Preußischen Gesundheitsrates war die Zulassung des Zwanges. Dieser Verzicht auf die Einwilligung der Patienten und die Beschränkung auf Personen, die selbst erkrankt waren, entsprach zwar der Nazi-Ideologie, die in dem Gesetz eine Möglichkeit sah, ihre Ziele der Vernichtung "minderwertigen Lebens" und "Hebung der Rasse" zu verwirklichen, war aber trotzdem keine typisch nazistische Maßnahme.

Schon in der Sitzung des Preußischen Landesgesundheitsrates, in der der Entwurf zum deutschen Sterilisationsgesetz gefaßt wurde, sagte SPD-Mitglied R a d b r u c h , ehemaliger Justizminister und Professor des Strafrechtes:

"Es wird Fälle geben, in denen man notgedrungen auch ohne Einwilligung wird einschreiten müssen".

In der gleichen Sitzung stimmte der Kriminalist Graf D o h n a Zwangsmaßnahmen zu.

Wie schon erläutert, wurde gerade in Staaten, die immer Vorkämpfer liberaler Ideen waren wie die USA und die Schweiz, ein Zwangseingriff gesetzlich vorgesehen. Der praktische Sinn für die Tatsachen des Lebens, der gerade diesen Ländern nachgeredet wird, siegte über die politische Idee der Freiheit. Ohne Zwang schien ein solches Gesetz wertlos zu sein.

1935 fand in Berlin der 11. Internationale Strafrechts- und Gefängniskongreß statt. Alle Ländervertreter sprachen sich für die Zulassung eines Eingriffs aus, sei es der Kastration von Sexualverbrechern als sichernde Maßnahme oder der Sterilisierung zur Verhinderung minderwertigen Nachwuchses.

In einer mit großer Mehrheit angenommenen Resolution heißt es u.a.:

"Die nationalen Gesetzgebungen werden unter allen Umständen garantieren müssen, daß die zwangsweise Kastration und Sterilisation nur mit äußerster Vorsicht vorgenommen werden und gemäß einem ordentlichen Verfahren, welches eine gründliche Prüfung des Falles durch ein Kollegium von Ärzten und Medizinern vorsieht".

(H a r m s e n)

Man sieht also, daß sich das deutsche Sterilisationsgesetz organisch zwingend entwickelte, und daß es keineswegs als reines NS-Gesetz hingestellt werden kann. Es diene nicht der Pflege einer einzelnen, als besonders wertvoll dargestellten Rasse, sondern trug eindeutig zur Hebung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung bei ohne Rücksicht auf deren rassische Zusammensetzung. Es wurde von Vertretern der nazistischen Rassentheorie als unbefriedigend und halbe Maßnahme empfunden. Die Verwirklichung der rassischen Aufbesserung, der "Aufartung des deutschen Volkes", wurde daher nicht mit dem Sterilisationsgesetz durchgesetzt, sondern Mittel benutzt, deren roher bis zu nackter Grausamkeit gesteigerter Charakter bekannt ist. Wie B o n - h o e f f e r (aus einem Rechtsgutachten) in einem Rückblick auf die nationalsozialistische Strafgesetzgebung feststellte, wurde das Fehlen rassenspezifischer, die Superiorität der nordischen Rasse betonender Gesichtspunkte von den Nazis strenger Observanz als eine die Unzulänglichkeit des Gesetzes beweisende Lücke gerügt (nach G r a v e n h o r s t).

Nach 1945 erlebte das Gesetz in den einzelnen Zonen und Ländern der Bundesrepublik ein sehr verschiedenartiges Schicksal (S c h m i d t , K o h l h a a s , K i e r s k i).

In Bayern und Hessen ist das Erbgesundheitsgesetz aufgehoben. In Bayern/Württemberg gilt der § 14 unter Streichung der Worte ".....die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt".

Unsicher erscheint nach S c h m i d t die Rechtslage insbesondere in Bremen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Württemberg-Hohenzollern und Rheinland-Pfalz. Der § 14 Abs. 1, der die Frage der freiwilligen Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung und Kastration zu Heilzwecken behandelt, sowie auch der § 14 Abs. 2, der die freiwillig gewünschte Kastration zum Zwecke der Befreiung von einem entarteten Geschlechtstrieb nach vorherigem amts- oder gerichtsärztlichen Gutachten vorsieht, ist in der britischen Besatzungszone weiterhin gültiges Recht, teils wurde er suspendiert. S c h m i d t meint, daß dort, wo das Erbgesundheitsgesetz nicht aufgehoben wurde, § 14 Abs. 1 weiter gilt, soweit mit dem Gesetz vereinbar, wo § 14 nicht angewendet werden kann, gilt dann § 226a StGB.

Da aber die Erbgesundheitsgerichte aufgelöst wurden und damit die für die Durchführung des Gesetzes notwendigen Instanzen, finden eugenische Maßnahmen in der Bundesrepublik keine Anwendung mehr, auch dort nicht, wo das Erbgesundheitsgesetz nicht aufgehoben wurde (nach N a c h t s h e i m).

In der SBZ ist das Gesetz durch SMA-Befehl vom 8.11.1946 aufgehoben worden. Die Sterilisation ist dort nur straffrei mit Genehmigung einer besonderen Gesundheitsbehörde.

In West-Berlin findet das Gesetz ebenfalls keine Anwendung mehr, es ist aber das einzige Land in Deutschland, das eine Verfügung betreffend Sterilisation aus eugenischer Indikation hat. Der Senator für Gesundheitswesen gab am 15.1.1953 eine entsprechende Verfügung heraus. Anträge zur Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung können schriftlich über den zuständigen Amtsarzt an das Landesgesundheitsamt eingereicht werden. Dieses beauftragt in jedem Fall zwei Ärzte unabhängig voneinander mit der Begutachtung. Es liege, so heißt es in der Verfügung weiter, im dringendsten Interesse der Ärzte, die sich gegen eine strafrechtliche Verfolgung schützen wollen, vor einem Eingriff aufgrund eugenischer Indikation die Stellungnahme eines anerkannten Erbbiologen einzuholen.

Die große Rechtsunsicherheit in der Sterilisationsfrage, die seit Kriegsende unter Ärzten und Juristen besteht, zeigte sich besonders deutlich in dem Prozeß gegen Dr. D o h r n , der in den Jahren 1946 - 1961 1.300 Tubenligaturen durchgeführt hatte. Das Landgericht Hannover war zu der Ansicht gelangt, er habe in 40 Fällen schwere Körperverletzung begangen. In dem Revisionsurteil vom 27.10.1964 stellte der Bundesgerichtshof fest,

"daß es heute keine deutsche Strafvorschrift mehr gibt, die freiwillige Sterilisationen mit Strafe bedroht. Diese Gesetzeslücke kann nur durch den Gesetzesgeber geschlossen werden".

Dr. D o h r n wurde wegen erwiesener Unschuld freigesprochen.

Der Bundesgerichtshof hatte deutlich klargelegt, daß § 226b StGB, welcher freiwillige Sterilisationen mit Strafe bedroht hatte, durch Kontrollratsbeschluß Nr. 11 vom 30.1.1946 beseitigt worden war. Gleichzeitig hatten die Alliierten bestimmt, daß Vorschriften, die durch § 226b aufgehoben worden waren, nicht wieder in Kraft traten (H a n a c k).

Ein Arzt, der eine Sterilisation ausführt und dazu auch keine Behörde und kein medizinisches Gremium oder juristisches Gremium zu fragen braucht, trägt also die Verantwortung für seine Handlung und sollte sich möglichst breit sichern durch genügende Aufklärung der Patienten, schriftliche Einwilligung der beteiligten Eheleute, um jedem Vorwurf der Beteiligten begegnen zu können. Es entfällt nach dem Urteil auch die bisherige Dreiteilung in eugenische, medizinische und soziale Indikation. Einem Arzt steht es zu, bei der Ausführung sterilisierender Operationen medizinische und eugenische Gesichtspunkte mitsprechen zu lassen. Er wird aber auch dann straffrei ausgehen, wenn er Sterilisationen ohne strenge Indikationsstellung allein auf Wunsch oder Verlangen der Eheleute vornimmt (H a n a c k , O t t , D o h r n). Es sind daher auch Sterilisationen als reine Empfängnisverhütungsmaßnahme -ohne andere Indikation-, wie sie auch in Deutschland in den letzten Jahren propagiert werden, an keine Gesetzesvorschrift gebunden und können bei Männern und Frauen jederzeit durchgeführt werden (O t t , U r b a n c z y k , H a n a c k).

Trotz der eindeutigen Aussage des Bundesgerichtshofes besteht aber weiterhin bei Ärzten und Juristen, aber auch in staatlichen und kommunalen Institutionen eine sehr zögernde, unsichere Einstellung gegenüber der Sterilisationsoperation, weil immer noch eine feste gesetzliche Handhabe für die Durchführung von Sterilisationsoperationen fehlt.

Eng verknüpft mit der Sterilisationsfrage erscheint häufig das Problem der legalen Schwangerschaftsunterbrechung, des sogenannten therapeutischen Aborts. Bis heute gibt es aus den gleichen Gründen, wie sie für die Sterilisation gelten, in der Bundesrepublik Deutschland keine einheitliche gesetzliche Regelung der zulässigen Schwangerschaftsunterbrechung, weil das Erbgesundheitsgesetz mit den auf Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation zutreffenden Ausführungsbestimmungen nicht in allen deutschen Bundesländern mehr gilt. § 218 StGB sagt dazu:

Abs. 1

Eine Frau, die ihre Leibesfrucht abtötet oder die Abtötung durch eine andere zulässt, wird mit Gefängnis, in besonders schweren Fällen mit Zuchthaus bestraft.

Abs. 2

Der Versuch ist strafbar.

Abs. 3

Wer sonst die Leibesfrucht einer Schwangeren abtötet, wird mit Zuchthaus, in minder schweren Fällen mit Gefängnis bestraft.

Abs. 4

Wer einer Schwangeren ein Mittel oder einen

Gegenstand zur Abtötung der Leibesfrucht verschafft, wird mit Gefängnis, in besonders schweren Fällen mit Zuchthaus bestraft.

Legale Schwangerschaftsunterbrechungen sind in der Bundesrepublik und in West-Berlin ausschließlich aus medizinischer Indikation gestattet. Diese allein, d.h. die Indikation zur Abwendung einer Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren, stellt nach Auffassung aller Strafgerichte "einen übergesetzlichen Notstand" dar und rechtfertigt den Eingriff. Dort, wo § 14 Abs. 1 Erbgesundheitsgesetz nicht in Kraft ist, ist nach den alten Bestimmungen für den Eingriff die Zustimmung einer Gutachterstelle erforderlich. Der Eingriff darf außerdem nur in einer Klinik vorgenommen werden. In den anderen Ländern, z.B. Bayern und Hessen, sind solche Gutachterkommissionen von den Ärztekammern eingerichtet worden. Sie allein entscheiden über die Zulässigkeit der medizinischen Indikation.

C) Literaturvergleich zur Frage der Indikationsstellung

a) Die medizinische Indikation

In Ermangelung aussagefähiger Übersichten aus der Bundesrepublik Deutschland führen wir zum Vergleich mehrere amerikanische Statistiken von medizinisch indizierten Sterilisationsoperationen an.

D e e s und C a p t a i n stellten bei
670 Patientinnen folgende Indikationen fest:

<u>Indikationsart:</u>	<u>Anzahl:</u>	<u>in %:</u>
zahlreiche Geburten	261	38,9
Bluthochdruck	178	26,6
mehrfache Kaiserschnittgeburten	120	17,9
Vaginalplastikoperationen	19	2,9
chronische Nierenerkrankungen	17	2,2
rheumatische Herzerkrankungen	12	1,8
Tuberkulose	6	0,9
Diabetes	6	0,9
Rh-Incompatibilität	5	0,8
neuropsychiatrische Gründe	5	0,8
Varizen (Extremitäten oder Vulva)	5	0,8
andere Gründe	21	3,2
nicht festgestellte Gründe	<u>15</u>	<u>2,3</u>
	670	100 %
	===	=====

S a v e l und P e r l m u t t e r ermittelten bei
einem Material von 205 Patientinnen folgende Indi-
kationen:

<u>Indikationsart:</u>	<u>Anzahl:</u>	<u>in %:</u>
zahlreiche Geburten	106	51,71
mehrfache Kaiserschnittgeburten	74	36,10
vorausgegangene gynäkologische Operationen	10	4,88
Herz- und Kreislauferkrankungen	9	4,38
Tuberkulose	1	0,49
Blindheit	1	0,49
andere Gründe	<u>4</u>	<u>1,95</u>
	205	100 %
	===	=====

Moore und Russell stellten die Indikationen für 1.032 Patientinnen zusammen:

<u>Indikationsart:</u>	<u>Anzahl:</u>	<u>in %:</u>
mehrfache Kaiserschnittgeburten	533	51,7
chirurgische Gründe:		
gynäkologisch	100	
nicht gynäkologisch	<u>63</u>	15,8
internistische Gründe:		
Herzkrankheiten	22	
Diabetes	18	
chron.Nierenerkrankungen	14	
neurolog. Erkrankungen	9	
Tbc	8	
verformende Arthritis	21	
andere Gründe	<u>30</u>	11,8
zahlreiche Geburten	112	10,9
psychiatrische Gründe	33	3,2
wiederholte Eklampsien und Bluthochdruck	21	2,0
fötusabhängige Gründe	21	2,0
verschiedene Gründe	<u>27</u>	<u>2,6</u>
	1.032	100 %
	=====	=====

Nach Starr und Kosalsky ergaben Umfragen in USA und Kanada folgende medizinische Indikationen:

<u>Indikationsart:</u>	<u>in %:</u>
zahlreiche Geburten	68,6
Bluthochdruck und Gefäßkrankheiten	
mehrfache Kaiserschnittgeburten	
Varikosis	
psychiatrische Gründe	<u>28,9</u>
	97,5
eugenisch indiziert waren die restlichen	<u>2,5</u>
	100 %
	=====

Wie man sieht, spielt in Amerika die Indikation "zahlreiche Geburten" eine sehr große Rolle. Nach Eastman, Greenhill, Moore und Russell ist diese Indikation medizinisch und sozial-wirtschaftlich zu begründen. Eastmann sagt, daß Morbidität und Mortalität bei der ersten Schwangerschaft höher sind als bei Frauen, die das zweite, dritte oder vierte Kind austragen, nach der 4. Geburt aber mit jeder folgenden Schwangerschaft ansteigen, und beim sechsten und siebten Kind das Risiko der Erstgebärenden wieder erreicht wird. Nach Moore und Russell sind Sterilisationen nach zahlreichen Geburten indiziert, um gegen Leiden wie: Varikosis der Extremitäten oder Vulva, Scheidenvorfall, orthopädische Beschwerden u.a. vorzubeugen.

Die Indikation "Bluthochdruck" erscheint nach Moore und Russell durchaus gerechtfertigt. Praeeklampsien und Eklampsien sind hauptsächlich Komplikationen der ersten Schwangerschaft. Sollte jedoch eine spätere Schwangerschaft durch Bluthochdruck gefährdet sein, ist nach Moore und Russell nach einem dritten derartigen Ereignis eine Sterilisation nach der Geburt gerechtfertigt, um der akuten Gefahr einer Bluthochdruckkrise, die Leben und Gesundheit der Schwangeren und des Embryos in Frage stellen könnte, zu begegnen.

Außer den auch bei uns in der Klinik angewandten Indikationen sind in den amerikanischen Statistiken noch Rh-Incompatibilität, neuropsychiatrische Gründe und Varikosis genannt. Dazu meint Hearin, daß die Indikation Rh-Incompatibilität häufig mißbraucht wird, da bei vielen

Ärzten wenig Kenntnisse in der Genetik bestehen. Erst wenn ein Ehepaar zwei oder mehr Kinder durch Erythroblastose verloren hat, besonders vor der Geburt, und der Ehemann homozygot Rh-pos. ist, besteht eine sehr geringe Chance (weniger als 10%), ein lebendes Kind zu bekommen. Dann ist eine Sterilisation indiziert. Ebenso mißbraucht wird nach H e a r i n in den USA die Indikation "neuropsychiatrische Gründe". Sie wird als medizinischer Vorwand genommen, wenn die gesetzlich erlaubte Indikation "zahlreiche Geburten" nicht zutrifft. Ausgedehnte Varicosis der Vulva und unteren Extremitäten dagegen kann ein Grund sein, weitere Schwangerschaften zu vermeiden, da erhöhte Verblutungsgefahr und Gefahr einer Lungenembolie bestehen. Fötusabhängige Indikationen sind: Hämophilie, Erythroblastose und angeborene Mißbildungen bei bereits vorhandenen Kindern (M o l o s h e k).

b) Die eugenische Indikation

Nach N a c h t s h e i m unterscheidet man eine positive und eine negative Eugenik. Die positive Eugenik empfiehlt die Förderung der Erbgesunden und damit die möglichst intensive Vermehrung und Verbreitung wertvoller Erbanlagen. Dazu gehören freiwillige Geburtenkontrolle, geplante Elternschaft sowie erleichterte Lebensbedingungen für die körperlich und geistig erbgesunde kinderreiche Familie.

Die negative Eugenik will die Erbkrankheiten bekämpfen durch Verhinderung oder Eindämmung des erbkranken Nachwuchses. Dazu gehört die ärztliche Beratung vor der Eheschließung, der Austausch von Gesundheitszeugnissen zwischen den Ehepartnern,

die Verhütung der Schwangerschaft von Erbkranken oder als Träger schwer krankhafter Erbanlagen Erkrankter, sei es durch sexuelle Enthaltensamkeit, Konzeptionsverhütung oder durch freiwillige Unfruchtbarmachung.

Die Sterilisation aus eugenischer Indikation aber ist das einzig sichere Mittel zur Ausschaltung der Erbkranken oder der durch schwer krankhafte Erbanlagen Belasteten von der Fortpflanzung.

In dem deutschen Erbgesundheitsgesetz waren eine Reihe von Erbkrankheiten aufgeführt, die die Veranlassung zur Sterilisation selbst unter Zwang gaben: Idiotie, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, Epilepsie, erbliche Blindheit und Taubheit, erbliche schwere körperliche Mißbildungen und auch Körperfehler, die sich während der Jugend als Folge von Entwicklungs- und Wachstumsstörungen herausgebildet hatten.

Zweifellos war der Rahmen dieser Erkrankungen zu weit gespannt, aber bei der Schizophrenie, Epilepsie und einigen selteneren Erbkrankheiten ist eine Sterilisation indiziert, sofern die Familie vielleicht sogar von mehreren Seiten her belastet und betroffen ist (K o h l r a u s c h).

Wie viele Sterilisationen in den 12 Jahren des Dritten Reiches aufgrund des Erbgesundheitsgesetzes in Deutschland vorgenommen wurden, wissen wir nicht, doch haben wir eine wohl zuverlässige Statistik für die ersten Jahre (nach N a c h t s h e i m). Hiernach wurden von 1933 - 1935 12.084 Erbkranken sterilisiert, davon 6.032 Frauen und 6.052 Männer. Unter den Männern waren 83,3% Schwachsinnige und Geistes-

krankte und unter den Frauen sogar 98%.

Zum Vergleich seien dazu Zahlen aus den USA und Dänemark genannt. In den USA wurden seit 1907 - Anfang 1957 59.186 Sterilisationen aus eugenischer Indikation vorgenommen, davon 35.519 Frauen und 23.667 Männer. Von diesen 59.186 Sterilisierten waren 57.025 erblich schwachsinig oder geisteskrank, 2.161 litten an körperlichen erblichen Defekten, d.h. über 96% aller Sterilisierten waren Schwachsinnige und Geisteskranke. In Dänemark erfolgten von 1930 - 1954 8.627 Sterilisationen aus eugenischer Indikation, davon waren 4.969 Schwachsinnige, d.h. nahezu 58%. Die Geisteskranken sind in der Zusammenstellung nicht besonders aufgeführt, dürften aber gleichfalls einen sehr hohen Prozentsatz ausmachen, so daß auch in Dänemark die meisten Sterilisierten geistig Defekte sind. Es besteht also zwischen Deutschland -zumindest in dem Zeitraum 1933 - 1935- und den anderen Ländern eine weitgehende Übereinstimmung in der Anzahl der wegen eines geistigen Defektes sterilisierten Personen.

In der Bundesrepublik Deutschland werden nun seit Kriegsende kaum Sterilisationen aus eugenischer Indikation durchgeführt, auch dort nicht, wo das Erbgesundheitsgesetz noch in Kraft ist, denn es sind ja -wie bereits erwähnt- die zur Ausführung notwendigen Instanzen, die Erbgesundheitsgerichte, aufgehoben worden. Nur in West-Berlin gibt es seit 1953 eine Verfügung des Senators für Gesundheitswesen, die Anträge auf Sterilisation aus eugenischer Indikation nach eingehender Prüfung gestattet.

D. Technik der verschiedenen Sterilisationsoperationen bei der Frau

Tubenguetschung und Tubenligatur

Bei der Methode nach M a d l e n e r wird die Tube angehoben, 2 Schenkel bilden sich, werden mit der Klemme gequetscht, so daß Muskulatur und Schleimhaut zerstört werden und nur die Serosa erhalten bleibt. Nach M a d l e n e r wird die Quetschfurche fest mit Catgut ligiert und extraperitonealisiert. Nach P o m e r o y wird die angehobene Tubenschlinge ligiert, das überstehende Tubenende in 1 - 2 cm Länge reseziert (R u b i n , N o v a k).

Die klassische Methode nach Madlener wird nicht überall durchgeführt wegen Unzuverlässigkeit des Operationsergebnisses, aber in dieser Hinsicht hatte sich bei einem Material von 1.300 Fällen (D o h r n) kein Versager gefunden. D e e s und C a p t a i n fanden bei 566 Sterilisationen nach M a d l e n e r 21 Fehler und bei 102 Sterilisationen nach P o m e r o y einen Fehler. D i e c k m a n n und H a u s e r stellten bei 912 Operationen nach M a d l e n e r 3,6% Fehler fest, und R o t t o n zählte 5 Versager bei 105 Post partum - Sterilisationen. Nach S t a r r wird in den USA sehr häufig die Methode nach P o m e r o y angewandt.

Tubenresektion mit und ohne Keilexcision

Bei diesem Verfahren wird eine Excision des Tubenisthmus mit keilförmiger Ausschneidung aus der Tubenwand oder nur eine Resektion eines 1 1/2 cm langen Abschnitts vorgenommen. Der abdominale Stumpf wird in die Mesosalpinxklücke versenkt. Die Uteruswunde wird durch Knopfnähte geschlossen und das Gewebe mit einer Ligamentum rotundum - Schlinge gedeckt (G u l e k e , Z e n k e r).

Nach I r v i n g wird die Tube 3 - 4 cm vom Fundus entfernt doppelt ligiert, dazwischen durchschnitten, der uterusnahe Abschnitt gegen die Mesosalpinx mobilisiert, der abdominale Abschnitt zwischen die Ligamentum latum - Blätter versenkt. Dann wird in der Uterushinterwand mit der Schere ein Tunnel zwischen den mittleren und äußeren Lagen der Muskulatur gebildet. Der uterine Stumpf wird in diesen Tunnel gezogen. Die Tubenteile sollen möglichst weit voneinander entfernt sein, gut mit Bauchfell bedeckt.

Weitere Methoden der Sterilisation bei der Frau wären Injektionen von sklerosierenden Agentien in die Tuben (H e a r i n) oder intrauterine Verschorfung der Tubenwinkel mit einem elektrischen Glühbrenner. Nach Kontrastmittelfüllung des Cavum uteri erfolgt der Eingriff unter Röntgenschirm-Kontrolle (A d a m s , S h e a r e s). In Amerika wird auch häufig die Uterusextirpation durchgeführt (A d a m s).

Es gibt drei Arten des Zuganges:

1. abdominal
2. vaginal
3. inguinal.

Der abdominale Operationsweg wird bevorzugt, um gegen Veränderungen der Adnexe gewappnet zu sein. Außerdem kann auf diese Weise eine Sterilisationsoperation an andere Bauchoperationen, Schwangerschaftsunterbrechungen durch eine Sectio parva oder Kaiserschnitt-Geburten angeschlossen werden. Die vaginale Sterilisation wird nur bei Interpositio des Uterus bei geschlechtsreifen Frauen vorgenommen (Z e n k e r , G u l e k e , R o s e n z w e i g). Es kann eine Resektion des Tubenisthmus oder die Methode nach I r v i n g vorgenommen werden. Das Operationsgebiet ist ohnehin extraperitonealisiert.

Weiterhin wird die Methode *M a d l e n e r* durchgeführt. Zunächst wird eine Colpocoeliotomia anterior vorgenommen, dann der Uterus so in die Wunde eingestellt, daß Abgänge eines Ligamentums rotundum und die begleitende Tube sichtbar werden. Daraufhin erfolgt Quetschung und extraperitoneale Verlagerung beider Tubenschleifen oder die Resektion des Tubenisthmus.

Die schnellste und gefahrloseste Methode ist nach *D o h r n* die Sterilisation auf inguinalem Wege.

Ein Operationsrisiko besteht, wie bei jedem chirurgischem Eingriff. *D o h r n* hatte keinen Todesfall bei 1.300 Tubenligaturen. Nach *J e n s e n* und *L e s t e r*, zwei schwedischen Autoren, bestand bei ihrem Material eine Mortalität von 0,3%. *L u l l* und *M i t c h e l l* fanden 11 Todesfälle bei 1.550 Tubenresektionen nach *P o m e r o y*, d.h. eine Mortalität von 0,7%.

Bei der Sterilisation werden nur die Ausführungsgänge der Keimdrüsen unwegsam gemacht, die Drüsen selbst bleiben unberührt. Im Gegensatz zur Kastration wird die Sterilisierte also nicht in ihrer ganzen Persönlichkeit verändert. Die überwiegende Meinung in der Literatur (*A d a m s*, *N o r r i s*, *P a n i a g u a*) steht auf dem Standpunkt, daß die Sterilisation nur in einem geringen Prozentsatz Folgeerscheinungen auf körperlichem, sexuellem und seelischem Gebiet zeigt. *N o r r i s* stellte in einer Studie über 88 Frauen mit Tubenligaturen fest, daß die nachträglich mit der Operation unzufriedenen Patientinnen meist katholisch waren, jünger und aus nichtmedizinischen Gründen operiert. Es bestand ein Bedauern über den Eingriff bei Patientinnen mit

schlechter Gesundheit, Menstruationsstörungen, sexuellen Schwierigkeiten in unglücklichen Ehen, nach einer Scheidung oder Trennung vom Ehepartner.

M a i e r beobachtete ein beeinträchtigtes körperliches Wohlbefinden und Geschlechtsleben, wenn die Betreffenden "schädlichen Suggestionen" in dieser Hinsicht ausgesetzt gewesen seien.

A d a m s stellt ebenfalls fest, daß die unzufriedenen Patientinnen 25 Jahre und jünger waren.

II. STERILISATIONSGEOPERATIONEN IN DER UNIVERSITÄTS-
FRAUENKLINIK BERLIN - CHARLOTTENBURG UND DER
STÄDTISCHEN KLINIK FÜR LUNGENKRANKE, HECKESHORN,
VON 1950 - 1964

An den beiden Berliner Kliniken sind bisher die
medizinischen und eugenischen Indikationen zu
sterilisierenden Operationen streng beachtet
worden. In den Jahren 1950 - 1964 sind 62 Steri-
lisationsoperationen durchgeführt worden.

Bei genauerer Prüfung der Indikationsstellung
und Beachtung der konventionellen Einteilung der
Indikationen kann man sagen, daß

51	(82,2%)	medizinisch und
11	(17,8%)	eugenisch

indiziert waren.

61 Operationen waren durch eine Gutachterkommis-
sion genehmigt worden. 1 Operation wurde nicht
erlaubt, aber trotzdem durchgeführt.

In 31 Fällen erfolgte gleichzeitig eine ebenfalls
genehmigte Schwangerschaftsunterbrechung. Die In-
dikation dazu war bei den medizinisch indizierten
Fällen die gleiche, die auch für die Sterilisation
bestimmend war. Bei den eugenisch indizierten
Fällen ist die Indikation zur Interruptio bei der
Erörterung der Fälle erwähnt.

A) Indikationsstellung

a) Die medizinische Indikation

Die 51 medizinisch indizierten Operationen können wir in folgende Gruppen einteilen:

<u>Indikationsart:</u>	<u>Anzahl:</u>	<u>in %:</u>
1) langjährige Lungen-Tbc	15	24,2
2) wiederholte Kaiserschnittgeburten	14	22,6
3) chronische Nierenerkrankungen	7	11,3
4) Herzerkrankungen	5	8,1
5) neurologische Erkrankungen	4	6,4
6) Becken- und Wirbelsäulenmißbildungen	3	4,8
7) mehrfache Bauch- und Vaginalplastikoperationen	2	3,2
8) langjähriger Diabetes mellitus	<u>1</u>	<u>1,6</u>
	51	82,2
	==	====

Zu 1):

Die häufigste Indikation war langjährig bekannte Lungen-Tbc, in einem Fall mit zusätzlicher Nieren- und Harnleiter-Tbc, da das Krankengut zum großen Teil aus der Städtischen Klinik für Lungenkranke, Heckeshorn, stammte.

Im allgemeinen ist es nicht notwendig, tuberkulöse Patientinnen zu sterilisieren, aber wenn erhebliche posttuberkulöse Funktionseinschränkungen im Bereich der Atmung und des Kreislaufs bestehen, besonders bei Rechtsherzüberlastung oder bei Tbc schwersten Grades, die eine Aussicht auf Besserung nicht mehr erkennen lassen, muß eine Sterilisation befürwortet werden. Ebenso ist die Indikationsstellung bei Patientinnen, die

nach Lungenoperationen aus anderen Gründen erhebliche Funktionseinschränkungen haben (D e u t s c h e T u b e r k u l o s e - T a g u n g 1958).

Zu 2):

Wiederholte Kaiserschnittgeburten bilden eine sehr bedeutende Gruppe in den Statistiken für Sterilisationsoperationen. Es kann keine feste Grenze gezogen werden, ab welcher Sectio eine Sterilisation durchgeführt werden sollte. Im allgemeinen kann schon nach der 2. Sectio eine Sterilisation erfolgen, nach der 3. möglichst immer und nach der 4. wird dringend dazu geraten (H e a r i n). In den USA wird wegen der Gefahr einer Uterusruptur nach der 3. Sectio sehr häufig eine Sterilisation durchgeführt, wenn die Patientin älter als 25 Jahre ist. Aber M o o r e und R u s s e l l meinen, daß unter idealen Bedingungen eine 4. oder sogar 5. Sectio caesarea nicht gefährlicher zu sein braucht als eine 1. oder 2. Es sollten bei der Entscheidung zur Sterilisationsoperation stets die Eheverhältnisse, die Anzahl der Kinder und das Alter der Patientin beachtet werden.

Zu 3):

Chronische Nierenerkrankungen stellen eine stark erhöhte Gefährdung der Schwangeren dar. Es besteht Lebensgefahr, und die Aussicht auf ein gesundes Kind ist häufig sehr gering. Wenn ein therapeutischer Abort notwendig wird, sollte eine Sterilisation angeschlossen werden. Der Augenhintergrundsbefund und die renale Funktion sind bestimmend für die Indikationsstellung. Essentielle Hypertonie allein ist kein Grund.

In diese Gruppe sind auch die Nieren-Tbc mit Ureterentransplantaten und polycystische Nieren mit verminderter renaler Funktion zu zählen (H e a r i n).

Zu 4):

Im gebärfähigen Alter gibt es wenige so schwerwiegende Herzleiden, daß eine Sterilisation indiziert wäre. Herzkrankheiten nach rheumatischen Endocarditiden oder angeborene Herzfehler ohne Möglichkeit einer operativen Korrektur könnten vielleicht Anlaß dazu geben. Meist kann aber bei sorgfältiger Pflege und Beobachtung ein Kind ausgetragen werden.

Zu 5):

Neurologische Erkrankungen können im allgemeinen nur im Zusammenhang mit dem Allgemeinzustand der Patientin als Indikation in Erwägung gezogen werden.

Zu 6):

Schwere Beckenmißbildungen, d.h. Fehlstellungen des Beckens nach Frakturen, können zu Geburtsschwierigkeiten führen und damit Anlaß wiederholter Sectiones sein. Ebenso können Wirbelsäulenverbiegungen mit Verlagerung von Brust- und Bauchorganen nach Rhachitis im Kindesalter zu starken Behinderungen bei der Austragung einer Schwangerschaft führen.

Zu 7):

Mehrfache Bauch- und Vaginalplastikoperationen können eine Indikation zur Sterilisierung bilden,

wegen der durch eine mögliche Schwangerschaft
heraufbeschworenen Geburtsschwierigkeiten oder
Gefahr eines Recidivs.

Zu 8):

Langjähriger besonders schwerer labiler Diabetes
mit Neigung zur Acidose kann ausnahmsweise wegen
der Gefahr der Stoffwechselentgleisung während
der Schwangerschaft zu einer Gefahr für das Leben
der Mutter und das des Kindes werden.

Die Erörterung der einzelnen medizinischen Indikationsgruppen an unseren beiden Kliniken bringt folgende Ergebnisse:

Gruppe 1):

In 15 Fällen hieß die Indikation

langjährige Lungen-Tbc.

Bei 13 Patientinnen wurde aus gleicher Indikation die Interruptio einer bestehenden Schwangerschaft vorgenommen, in einem Fall (8) wurde eine Schwangerschaft ausgetragen.

Es handelte sich bei den 15 Fällen 11 mal um eine aktive Lungen-Tbc:

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
1	30	verh.	2	3	4.
2	35	verh.	5	-	3./4.
3	43	verh.	3	2	3./4.
4	25	led.	-	1	-
5	26	verh.	1	2	3./4.
6	26	verh.	3	1	4.
7	27	verh.	2	1	3.
8	24	verh.	2	-	10.
9	29	verh.	3	2	4.
10	37	verh.	1	-	2./3.
11	37	verw.	4	-	3./4.

Viermal handelte es sich um eine inaktive Lungen-Tbc, einmal zusätzlich um eine Nieren- und Harnleiter-Tbc.

12	37	gesch.	-	1	3./4.
13	37	verh.	2	-	4.
14	34	verh.	2	-	2./3.
15	27	verh.	2	1	4.

7 der aktiven Lungen-Tbc-Formen waren doppel-seitig ausgeprägt (1, 4, 5, 6, 7, 9, 11), je zweimal handelte es sich um rechts- (2, 10) oder linksseitige Tbc (3, 8). Die doppel-seitige aktive Tbc war viermal (1, 4, 5, 11) beiderseits cavernös ausgebildet, in 2 Fällen (6, 7) einseitig cavernös mit fibrösen und käsigen Herden auf der anderen Seite, in einem Fall bei einer fibrös-knotigen doppelseitigen Tbc (9) bestand der Verdacht der Caverne in einem Oberlappen.

Eine rechtsseitige Tbc (2) war cavernös ausgebildet, die andere (10) zeigte einen frischen tuberkulösen Prozeß neben alten Spitzenherden, eine linksseitige Form war käsig-fibrös (3), die hier früher auch rechtsseitig ausgebildete Tbc war in diesem Fall nach 5-jähriger Pneumothoraxbehandlung inaktiv geworden. Die andere (8) aktive linksseitige Tbc war gemischtförmig mit Verdacht der Einschmelzung eines Rundherdes. An chirurgischen Maßnahmen waren bei 4 langjährigen doppelseitigen Tbc-Formen bereits einmal eine Thoracoplastikoperation (1), einmal eine Pneumothoraxbehandlung (5) für 4 Jahre durchgeführt, in einem weiteren Fall (6) eine Pneumothoraxbehandlung, die nach einem Jahr abgebrochen wurde und von einer Pneumoperitoneumbehandlung für ein Jahr abgelöst wurde. In einem weiteren Fall (7) war eine linksseitige Pneumektomie und eine Oleothoraxbehandlung erfolgt und eine Thoracoplastik wegen eines spezifischen Empyems geplant.

Bei den noch einseitig aktiven Formen war die Tbc der anderen Lungenhälfte einmal nach einer Pneumektomie (10) mit Polystonplombe und einmal bei einer 43-jährigen Patientin nach einer

5-jährigen Pneumothoraxbehandlung inaktiv geworden (3). In letzterem Fall bestand außerdem ein Diabetes mellitus seit dem 13. Lebensjahr. Bei insgesamt 5 der aktiven Tbc-Fälle war noch keine chirurgische Therapie unternommen worden. Die Chemotherapie mit PAS, INH, SM und Conteben wurde bei allen Patientinnen durchgeführt. Bei 2 doppelseitig cavernösen, chirurgisch vorbehandelten Patientinnen bestand Chemoresistenz (5, 6), so daß die Prognose überhaupt zweifelhaft war, bei einer weiteren doppelseitigen Tbc bestand zeitweise INH-Resistenz (9), bei einer rechtsseitig offenen, doppelseitig cavernösen Form wurde nach Chemoresistenz auf SM, PAS und INH Tebesium gegeben (11).

Die inaktiven Tbc-Fälle waren einmal (13) doppelseitig ausgeprägt, einmal (14) rechtsseitig und in 2 Fällen (12, 15) vermutlich einseitig. In einem der beiden letzteren Fälle (15) war außerdem eine rechtsseitige Nieren- und Harnleiter-Tbc aufgetreten und die Extirpation der rechten Niere erfolgt. In dem anderen Fall (12) bestand außerdem eine Thyreotoxikose und ein Zustand nach Strumektomie. Die langjährig rechtsseitig cavernös ausgeprägte Tbc (14) war nach ausgiebiger Chemotherapie mit einem Pneumoperitoneum und einer Phrenicusexhairese behandelt worden; schließlich wurde eine Lobektomie des cavernösen rechten Unterlappens durchgeführt und später eine Plastik der 7. Rippe rechts, und endlich trat Inaktivität ein nach der Lobektomie des rechten Ober- und Mittellappens. Bei der Patientin mit der doppelseitig inaktiven Tbc links (13) war eine Pneumektomie ausgeführt, und es bestanden rechts verstreutherdige indurative Prozesse.

Der Allgemeinzustand dieser Patientinnen war in allen Fällen stark reduziert, in einem Fall zusätzlich noch durch die Thyreotoxikose bedingt (12). In dem Fall der Lungen- und Nieren-Tbc (15) bestand neben einer Übersensibilisierung durch Tbc und Tbc-Behandlung noch außer der Exacerbationsgefahr die Gefahr der Überbelastung der Restniere. Die Exacerbationsgefahr war natürlich bei den inaktiven Formen sowie den teilweise inaktiv gewordenen und jetzt noch einseitig aktiven Fällen der Hauptgrund zur Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisationsoperation. Außerdem bestanden bei den je 2 aktiven (10, 7) und inaktiven (13, 14) Fällen mit Pneumektomien und 2 aktiv doppelseitigen cavernösen Tbc-Formen mit fast völliger Zerstörung (7, 4) eines Oberlappens eine Belastungsdyspnoe und zum Teil sogar eine hochgradige Ateminsuffizienz schon bei geringen Anstrengungen.

Gruppe 2):

In 14 Fällen hieß die Indikation

wiederholte Kaiserschnittgeburten.

In allen Fällen wurde die jetzige Schwangerschaft durch eine Sectio caesarea beendet und die Sterilisationsoperation angeschlossen.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
16	37	verh.	2	-	10.
17	37	verh.	2	-	10.
18	31	verh.	1	1	10.
19	28	verh.	2	2	10.
20	22	verh.	2	-	10.
21	35	verh.	2	1	10.
22	20	verh.	2	-	10.
23	33	verh.	2	1	10.
24	37	verh.	1	1	10.
25	37	verh.	2	-	10.
26	39	verh.	1	-	10.
27	40	verh.	3	-	10.
28	21	verh.	1	-	10.
29	45	verh.	2	-	10.

Sechsmal war es die dritte Sectio (16, 17, 20, 21, 22, 25), siebenmal die zweite Sectio (18, 19, 23, 24, 26, 27, 28), einmal (29) eine Sectio wegen einer Querlage nach unbekannter Anzahl von vorangegangenen Sectiones.

In 5 Fällen (16, 17, 20, 21, 28) handelte es sich um ein Mißverhältnis der Beckenmaße mit daraus resultierender Unmöglichkeit eines normalen Geburtsverlaufs, und zwar dreimal (20, 22, 28) war ein allgemein verengtes Becken, einmal (17) ein platt-rhachitisches und einmal ein langes Becken (16) die Ursache der wiederholten Sectio caesarea.

Einmal (25) bestand zum dritten Male eine geburtsunmögliche Querlage, und einmal (21) war die erste Sectio wegen hohen Geradstandes des Kindes, die zweite wegen drohender intrauteriner Asphyxie des Kindes und die dritte Sectio wegen der Gefahr der Ruptur eines Uterus myomatosus durchgeführt worden. In einem Fall (27) bestand eine Praeeklampsie bei einem Zustand nach Adnextumoroperation links und Appendektomie, derentwegen die zweite Sectio jetzt durchgeführt wurde. In einem weiteren Fall (23) mußte zum zweiten Mal eine Sectio wegen Placenta praevia totalis durchgeführt werden, einmal (19) zum zweiten Mal wegen primärer Wehenschwäche, in einem Fall (18) war die erste Sectio wegen einer spontanen Uterusruptur, die zweite wegen einer drohenden Uterusruptur erfolgt. Einmal bestand bei der ersten Sectio der Verdacht auf Übertragung, jetzt ein protrahierter Geburtsverlauf (24), und einmal (26) bei der ersten Sectio die Gefahr der Uterusruptur bei protrahiertem Geburtsverlauf, jetzt ein vorzeitiger Blasensprung.

Gruppe 3):

In 7 Fällen hieß die Indikation

chronische Nierenerkrankungen.

In 4 Fällen wurde gleichzeitig eine Interruptio durchgeführt, in 2 Fällen wurde eine Schwangerschaft ausgetragen. Eine Patientin war nicht schwanger.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
30	38	verh.	-	-	5.
31	39	verh.	4	-	5./6.
32	28	verh.	1	3	3.
33	29	verh.	3	3	3./4.
34	37	verh.	1	-	10.
35	27	verh.	-	-	10.
36	24	led.	-	-	-

Viermal handelte es sich um eine chronische Nephritis, einmal mit doppelseitiger ausgeprägter sekundärer Schrumpfnierenbildung (34), einmal mit einseitiger Schrumpfniere, die operativ entfernt wurde (35), zweimal mit beginnender sekundärer Schrumpfniere (30, 31). In 3 Fällen (30, 31, 34) bestanden Eiweißausscheidungen und periphere Ödeme, in einem Fall (34) vorübergehende Blutdruckerhöhung, in einem Fall (30) auch eine Retinitis angiospastica, eine Isosthenurie des Urins zwischen 1005 und 1015 sowie eine hyperchrome Anämie. Der Rest-N war in allen Fällen normal. Zweimal handelte es sich um eine chronische Nephrolithiasis, und zwar einmal (33) mit Zustand nach linksseitiger Nephrostomie und Hydronephrose beiderseits und einmal (36) mit Zustand nach linksseitiger Nephrektomie, rechtsseitiger Nephrostomie, rechtsseitiger Pyeloureteronestomie, dann einer Lithotrypsie nach

konservativer Aufbougieung des Ureters, später Verschuß einer Nierenfistel und erneuter Pyelolithotomie. Einmal (32) bestand eine Hufeisenniere mit Korallensteinbildung und gleichzeitiger chronischer Cystopyelonephritis sowie beginnender Hydronephrose. Der Allgemeinzustand war in allen Fällen mäßig bis schlecht. In einem Fall (34) war die Schwangerschaft nur aufrechterhalten worden durch klinische Behandlung der schweren Nierenschädigung bei doppelseitiger Schrumpfniere in 14-tägigen Abständen. Die Sterilisationsgenehmigung wurde nicht gegeben, aber die Sterilisationsoperation trotzdem durchgeführt, da "gegen die Sterilisation nichts einzuwenden ist, wenn der Eingriff nicht gegen die guten Sitten verstößt".

Gruppe 4):

In 5 Fällen hieß die Indikation

Herzerkrankungen.

In 4 Fällen wurde gleichzeitig eine Interruptio durchgeführt. In einem Fall wurde die Schwangerschaft ausgetragen.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.-Stand:	Geburten:	Fehl-geburten:	Schwangerschaftsmonat:
37	36	verh.	5	3	3./4.
38	28	verh.	1	2	10.
39	30	verh.	2	-	3.
40	28	led.	-	-	3./4.
41	19	verh.	1	-	3.

In einem Fall (37) bestand ein Myocardschaden, wahrscheinlich bedingt durch eine Sepsis puerperalis nach dem ersten Kind. Subjektiv zeigten sich Tachycardie, Dyspnoe und Arrhythmia absoluta bei

Belastung, röntgenologisch keine Zeichen für Herzhypertrophie. Einmal (38) bestand eine Mitralinsuffizienz und Aorteninsuffizienz mit geringen Stenoseerscheinungen an Mitralis und Aorta und typischem systolischen Decrescendo- und diastolischen Geräusch. Röntgenologisch bestand eine Rechtshypertrophie mit hochgradiger Linkshypertrophie ohne stärkere Kammerdilatation und eine linksseitige Vorhofhypertrophie mit Dilatation sowie Zeichen für Myocardschaden infolge Coronarinsuffizienz im EKG. In einem weiteren Fall (39) bestanden bei einem angeborenen Vorhof-Septum-Defekt eine Rechts- und Linksverbreiterung des Herzens, typische Geräusche während der Systole und Diastole und im EKG Zeichen für Myocardschaden bei besonderer Belastung des kleinen Kreislaufs. Die Patientin klagte über Dyspnoe, zeigte sonst keine Dekompensationszeichen. Den Vorhof-Septum-Defekt hatte sie bereits auf zwei Kinder vererbt. Bei einer Patientin (40) mit Fallot'scher Tetralogie und bereits einmal operierter Pulmonalstenose bestanden jetzt deutliche Zeichen für eine infundibuläre und valvuläre Pulmonalstenose und im EKG eine chronische Druckbelastung des rechten Herzens. Die Patientin klagte über Dyspnoe und Cyanosezunahme während der Gravidität. Eine zweite Operation mit Hilfe des extracorporalen Kreislaufs war bereits in Aussicht genommen. Bei einer Patientin (41) mit kombiniertem Mitralvitium bestand eine vorwiegende Mitralinsuffizienz bei vorangegangener Mitralstenosenoperation. Auskultatorisch fielen die Arrhythmia absoluta, die systolischen Geräusche und röntgenologisch die beiderseitige Dilatation und linksseitige Vorhofhypertrophie auf. Während der Gravidität klagte die Patientin über zunehmende Atemnotanfälle bei Belastung.

Gruppe 5):

In 4 Fällen hieß die Indikation

neurologische Erkrankungen.

Bei drei Patientinnen wurde gleichzeitig eine Interruptio durchgeführt. Eine Patientin war nicht schwanger.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
42	42	verh.	3	-	5.
43	33	verh.	5	-	2./3.
44	34	verh.	3	1	-
45	26	verh.	1	1	4.

In einem Fall (42) waren nach der ersten und dritten Geburt Lähmungen am linken Arm und Bein aufgetreten. Jetzt bestand noch eine geringe Halbseitenstörung. Im nächsten Fall (43) bestand ein schwerer allgemeiner Erschöpfungszustand mit exogener Depression und Suicidgefahr, außerdem eine Chorioiditis tuberculosa und der Verdacht auf disseminierte Encephalomyelitis bei Thyreotoxikose. In einem weiteren Fall (44) war nach einer Poliomyelitis im 12. Lebensjahr eine schlaffe Lähmung des linken Beines zurückgeblieben. Im letzten Fall (45) war während der ersten Schwangerschaft eine Querschnittslähmung aufgetreten. Jetzt bestanden noch motorische und sensorische Störungen des rechten Beines.

Gruppe 6):

In 3 Fällen hieß die Indikation

Becken- und Wirbelsäulenmißbildungen.

In einem Fall wurde gleichzeitig eine Interruptio durchgeführt. In zwei Fällen wurde die jetzige Schwangerschaft durch Sectio beendet.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
46	34	gesch.	2	1	3.
47	30	verw.	1	-	10.
48	32	verh.	1	-	10.

Im ersten Fall (46) handelte es sich um eine Kyphoskoliose mit Verlagerung der Brust- und Bauchorgane nach Rhachitis im Kindesalter. Der Allgemeinzustand war stark reduziert. Es bestand eine zunehmende Herz-Kreislaufgefährdung. Die vorangegangenen Geburten waren bereits durch eine Sectio und durch eine Zange beendet worden. Im nächsten Fall (47) bestand ein Zustand nach zahlreichen Beckenbrüchen durch Unfall. Im letzten Fall (48) war nach vierfachem Beckenbruch durch einen Autounfall eine Heilung mit schrägverengtem Becken erfolgt.

Gruppe 7):

In 2 Fällen hieß die Indikation

mehrfache Bauch- und
Vaginalplastikoperationen.

In einem Fall wurde die jetzige Schwangerschaft durch eine Sectio beendet. Die zweite Patientin war nicht schwanger.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
49	38	verh.	1	1	10.
50	26	verh.	2	-	-

Im ersten Fall (49) war nach der ersten Geburt durch eine hohe Zange ein Dammriß 3. Grades aufgetreten mit nachfolgender Dammplastik und Rectum-Damm-Fistel. Zur Schonung der Rectum-Damm-Fistel wurde jetzt eine Sectio ausgeführt. Im nächsten Fall (50) bestand ein Descensus uteri et vaginae, ein ausgedehnter Emmetriß, ein Portioektropium und eine Retroflexio uteri mobilis. Die Sterilisation wurde im Zusammenhang mit einer Cystocelenoperation, hinteren Vaginalplastik und einer Kürzung der Ligamenta rot. nach Alexander-Adams durchgeführt, um das Operationsergebnis zu sichern.

Gruppe 8):

In einem Fall hieß die Indikation

langjähriger Diabetes mellitus.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.-Stand:	Geburten:	Fehl-geburten:	Schwanger-schaftsmonat:
-----------	--------	-------------	-----------	----------------	-------------------------

51	28	verh.	-	2	9.
----	----	-------	---	---	----

Es wurde eine Sectio caesarea durchgeführt und ein Zwillingsspaar geboren. Eins der Kinder, ein Mädchen, zeigte multiple Mißbildungen der unteren Extremitäten. Bei der Mutter waren außerdem noch 4 Jahre vorher 4 Lueskuren durchgeführt wurden.

b) Die eugenische Indikation

Die 11 eugenisch indizierten Operationen können wir in 2 Gruppen einteilen:

<u>Indikationsart:</u>	<u>Anzahl:</u>	<u>in %:</u>
1) erbliche Geisteskrankheiten	8	13,0
2) erbliche Körpermißbildungen	<u>3</u>	<u>4,8</u>
	11	17,8
	==	====

Zu 1):

Zu den erblichen Geisteskrankheiten, die bei der Erwägung einer Sterilisation eine Rolle spielen, zählen hauptsächlich die Schizophrenie, die Epilepsie und der Schwachsinn.

Zu 2):

Inwieweit erbliche körperliche Mißbildungen Anlaß zur Sterilisation bilden können, hängt ab von der Schwere der Erkrankung, der Art des Erbganges und des Grades der seelischen und körperlichen Belastung der Erkrankten.

Die Erörterung der beiden eugenischen Indikationsgruppen an unseren beiden Kliniken bringt folgende Ergebnisse:

Gruppe 1):

In 8 Fällen hieß die Indikation

erbliche Geisteskrankheiten.

In 7 Fällen wurde gleichzeitig eine Interruptio durchgeführt. Eine Patientin war nicht schwanger.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
52	29	verh.	2	-	5.
53	39	verh.	3	-	5./6.
54	20	led.	1	-	3./4.
55	26	verh.	5	-	3.
56	23	led.	-	3	4.
57	32	verh.	-	1	4./5.
58	20	led.	1	-	3.
59	25	led.	2	-	-

Viermal bestand eine Schizophrenie (52, 53, 56, 58). Bei einer 29-jährigen Patientin (52) war die Erkrankung erst ein Jahr bekannt. Wegen der häufigen Schübe mit zunehmender Wesensänderung war bereits eine Leukotomie vorgenommen worden. Der Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung wegen der Gefahr eines neuen Schubes und Sterilisation der Patientin wurde erst genehmigt, als sie bereits im 5. Monat schwanger war. Bei einer 39-jährigen Patientin (53) erfolgte der Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation auch aus medizinischen Erwägungen wegen der Gefahr eines erneuten schizophrener Schubes durch die hormonelle Umstellung während der Gravidität und der Laktationsperiode. Die letzte Schwangerschaft lag 12 Jahre zurück. Die Patientin war

bereits leukotomiert worden, und die Interruptio und Sterilisation konnten auch hier erst im 5./6. Monat der Schwangerschaft durchgeführt werden. Für eine 23-jährige ledige Patientin (56) mit bereits 3 Aborten stellte der Vormund den Antrag auf Interruptio und Sterilisation wegen der zunehmenden sexuellen Haltlosigkeit bei schizophrener Defektzustand, Zustand nach Leukotomie und bereits mehrfachen Heilstättenbehandlungen. Für eine ledige 20-jährige (58) schwachsinnige Patientin mit einer aufgepfropften Schizophrenie und bereits einem Kind in Heimpflege beantragte ebenfalls der Vormund die Unterbrechung einer Schwangerschaft und Sterilisation, da die Patientin geistig nicht in der Lage sei, Kinder aufzuziehen, aber die Gefahr erneuter Schwängerungen jederzeit bestünde. Die Mutter und Schwester der Patientin waren ebenfalls schwachsinnig. Viermal bestand eine genuine Epilepsie (54, 55, 57, 59). Bei der ledigen 20-jährigen Patientin (54) mit einem Kind wurde die Interruptio der Schwangerschaft im 3. Monat auf Antrag des Vormundes wegen deutlicher epileptischer Wesensänderung, Antriebsstörung und häufigen Krampfanfällen alle 2 Tage durchgeführt. Bei einer 26-jährigen verheirateten Patientin (55) bestanden seit 2 Jahren schwere Krampfanfälle. Inwieweit die Erkrankung bereits auf ihre 5 Kinder vererbt war, konnte noch nicht festgestellt werden. Bei einer 32-jährigen verheirateten Patientin (57) bestanden seit Jahren schwere Krampfanfälle. Sie war bereits mehrfach in Heilstättenbehandlung gewesen, war dort vor einem Jahr im Anfall aus dem Fenster gesprungen und hatte eine Lendenwirbelfraktur erlitten. Die Patientin hatte noch keine Kinder. Jetzt wurde wegen der Gefahr einer erneuten Verschlechterung eine Interruptio im 4./5. Monat

durchgeführt und die Sterilisation angeschlossen. Bei einer 25-jährigen ledigen Patientin (59) mit bereits zwei Kindern erfolgte die Sterilisation auf Antrag des Vormunds wegen der generalisierten Krampfanfälle der Patientin und der sexuellen Haltlosigkeit mit zunehmender Wesensänderung.

Gruppe 2):

In 3 Fällen hieß die Indikation

erbliche Körpermißbildungen.

In einem Fall wurde gleichzeitig eine Interruptio durchgeführt wegen der Gefahr eines Suicidversuchs.

Fall Nr.:	Alter:	Fam.- Stand:	Geburten:	Fehl- geburten:	Schwanger- schaftsmonat:
60	26	verh.	1	1	3.
61	14	led.	-	-	-
62	27	verh.	1	1	-

Bei zwei Patientinnen, Mutter und Tochter (60, 61), bestand ein Keratoma palmare und plantare, das bereits in 4 Generationen vererbt wurde. Bei der Mutter (60) bestanden starke, scharf abgegrenzte hyperkeratotische Flächen an Händen und Knien, an den Füßen tiefe klauenförmige Risse sowie Versteifung der rechten Fingergelenke. Bei der Tochter (61), die 10 Jahre später operiert wurde, bestanden erst geringer ausgeprägte Hyperkeratosen an Händen und Füßen. Sie wurde auf Wunsch der Eltern und mit eigener Einwilligung operiert. Bei der dritten Patientin bestand der Verdacht, Überträgerin von krankhaften Erbanlagen zu sein. Ihr einziges Kind, ein 5-jähriger Sohn, litt vermutlich unter einer Osteogenesis imperfecta. Es bestanden bereits mehrere Frakturen bei dem Kind.

c) Häufigkeit und Art der Indikationsstellung
von 1950 - 1964

Antwort auf die Frage, in welcher Weise sich
die Indikationsarten auf die Jahre 1950 - 1964
verteilen, gibt

TABELLE I

Indikations- 19 stellung:	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	ins- ges.
Langjährige Lungen-Tbc	1	-	-	-	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	15
Wiederholte Kaiser- schnitt- geburten	1	2	-	-	1	1	-	1	2	-	-	1	3	1	1	14
Chron. Nierener- krankungen	2	-	-	-	1	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	7
Herzer- krankungen	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	1	5
Neurolog. Er- krankungen	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4
Becken- und Wirbelsäulen- mißbildungen	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3
Mehrfache Bauch- und Vaginal- plastik- operationen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2
Langjähriger Diabetes mellitus	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Erbliche Geistes- krankheiten	1	-	-	-	3	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	8
Erbliche Körpermiß- bildungen	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
	6	4	1	-	9	3	1	8	4	4	1	3	8	2	8	62

1953 wurden überhaupt keine sterilisierenden Operationen ausgeführt. In den übrigen Jahren erfolgten 1 - 9 Sterilisationsoperationen, durchschnittlich also 4,4 Operationen jährlich.

Diese Angaben decken sich mit der bekannten zögernden Einstellung zur Sterilisationsoperation heute in der Bundesrepublik Deutschland und entsprechen der Auffassung der Gutachter-Kommissionen, nur bei streng medizinischer Indikation eine Sterilisation vorzunehmen. Diese Gutachterstellen waren 1935 errichtet worden und bestehen in einigen Bundesländern -so auch in West-Berlin, Niedersachsen und Schleswig-Holstein- heute noch. Sie waren bzw. sind zur Genehmigung von Anträgen auf Interruptio oder Sterilisation nach § 14 Abs. 1 des Erbgesundheitsgesetzes berufen.

Ein Vergleich mit der Gutachterpraxis der Bundesrepublik (aus West-Berlin war kein Zahlenmaterial zugänglich) zeigt eine Aufstellung der bei der Gutachterstelle Lübeck genehmigten Anträge auf Sterilisation in den Jahren 1950 - 1960:

<u>1950</u>	<u>51</u>	<u>52</u>	<u>53</u>	<u>54</u>	<u>55</u>	<u>56</u>	<u>57</u>	<u>58</u>	<u>59</u>	<u>60</u>
32	20	17	10	19	6	8	6	4	13	12

Außerdem wurde noch im gleichen Zeitraum eine ungefähr gleiche Anzahl an Schwangerschaftsunterbrechungen mit anschließender Unfruchtbarmachung ausgeführt. Im Jahre 1950 wurden noch sehr viele Genehmigungen ausgesprochen; man war angesichts der Not der Nachkriegszeit noch großzügiger in der Handhabung. Später gingen die Sterilisationen wesentlich zurück, um nach 1959 wieder gering anzusteigen (v. R h o d e n).

1960 wurden in Schleswig-Holstein insgesamt 66 genehmigte Schwangerschaftsunterbrechungen mit gleichzeitiger Sterilisation und 42 genehmigte Sterilisationen allein ausgeführt (nach O t t).

An der Städtischen Frauenklinik Hannover wurden unter Leitung von F a u v e t von 1948 - 1953 insgesamt 131 Sterilisationen durchgeführt, 1957: 4, 1958: 9 und 1959: 3 Operationen (nach O t t).

Eine von der üblichen Auffassung völlig abweichende Ansicht vertritt D o h r n , der zum großen Teil Sterilisationsoperationen aus nach seiner Ansicht sogenannten "ärztlich-ethischen Gründen" zur Vorbeugung von Abtreibungen durchgeführt hatte. Er gibt folgende Zahlen an:

Tubenligaturen in den Jahren 1946 - 1958	1.039
Operationen insgesamt (chirurgisch und gynäkologisch)	32.742.

Jede 31. Operation war mit einem sterilisierenden Eingriff verbunden, jede 62. Operation eine Tubenligatur nach Madlener. Als Indikationen zu dem Eingriff nennt D o h r n :

organisch-krankhafte Gründe	36,8 %
ärztlich-ethische Gründe	51,1 %
soziale Gründe	6,9 %
eugenische Gründe	<u>5,2 %</u>
	100 %
	=====

B) Einteilung der Sterilisationsoperationen

a) nach der Häufigkeit der Operationsmethoden in den einzelnen Jahren

Auskunft über die Anwendung der Operationsmethoden
in den Jahren 1950 - 1964 gibt

TABELLE II

Operations- methode:	19	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	ins- ges.
Tubenresek- tion mit Keilexc.		6	4	1	-	3	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	18
Tubenresek- tion ohne Keilexc.		-	-	-	-	1	2	-	5	-	1	-	1	7	2	6	25
Madlener		-	-	-	-	5	1	-	2	4	2	1	2	-	-	-	17
unbekannt		-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2
		6	4	1	-	9	3	1	8	4	4	1	3	8	2	8	62

	<u>Anzahl:</u>	<u>in %:</u>
Von 1950 bis zum Anfang des Jahres 1954 wurden nur Tubenresektionen mit Keil- excisionen von intramuralen oder isth- mischen Tubenanteilen durchgeführt	13	20,9
Bis Anfang des Jahres 1961 wurde dann die Methode Madlener bevorzugt	17	27,5
Daneben erfolgten auch Tubenresektionen ohne Keilexcision	9	14,5
und Tubenresektionen mit Keilexcision	3	4,8
Einmal war die Operationsart nicht mehr zu ermitteln	1	1,6
Seit 1961 erfolgten dann fast nur noch Tubenresektionen ohne Keilexcision	16	25,9
außerdem Tubenresektionen mit Keilexcision	2	3,2
Einmal war die Operationsart nicht mehr zu ermitteln	<u>1</u>	<u>1,6</u>
	62	100 %
	==	=====

b) nach dem Operationsweg

Die Aufschlüsselung der Operationsmethoden nach der Art des Operationsweges zeigt

TABELLE III

<u>Operations- weg:</u>	<u>Operations- methode:</u>	<u>Anzahl: Ges.:</u>		<u>in %: Ges.:</u>	
Abdominal	Tubenresektion ohne Keilexc.	22		35,4	
	Tubenresektion mit Keilexc.	17		27,5	
	Madlener	17		27,5	
	unbekannt	<u>2</u>	58	3,2	93,6
Vaginal	Tubenresektion ohne Keilexc.	1		1,6	
	Tubenresektion mit Keilexc.	<u>1</u>	2	<u>1,6</u>	3,2
Inguinal	Tubenresektion ohne Keilexc.	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>3,2</u>	<u>3,2</u>
			62		100 %
			==		=====

Der abdominale Operationsweg wurde bei weitem bevorzugt, da in den meisten Fällen gleichzeitig eine Interruptio durch Sectio parva oder eine Sectio caesarea durchgeführt wurde. In 2 Fällen wurde vaginal vorgegangen im Zusammenhang mit einer Abrasio, und bei zwei nicht graviden Patientinnen erfolgte die Sterilisationsoperation auf dem inguinalen Wege, da das größere Risiko einer ausgedehnteren Laparatomie hier durchaus zu vermeiden war.

Es zeigt sich anhand der Tabellen II und III, daß die Anwendung der Operationsmethoden an unseren beiden Kliniken entsprechend der Auffassung erfolgte, daß Tubenresektionen mit oder ohne Keilexcision einer erneuten Konzeption sicherer vorbeugen als einfache Tubenquetschungen mit Ligaturen nach Madlener.

Die Sterilisationsoperation allein erfolgte:

auf abdominalem Wege:	3	
bei kompensierter Niereninsuffizienz, bei Zustand nach Poliomyelitis und bei aktiver Lungen-Tbc;		
auf inguinalem Wege:	2	
bei einer Epilepsie und bei einem Keratoma palmare und plantare		5

Die Sterilisationsoperation erfolgte sonst:

nach einer Geburt		1
nach einer Frühgeburt		1
jeweils auf abdominalem Wege;		

nach einer Sectio caesarea:

nach der 1. Sectio	7	
nach der 2. Sectio	7	
nach der 3. Sectio	6	
nach unbekannter Anzahl von vorangegangenen Sectiones	<u>1</u>	21

nach einer Interruptio:

auf abdominalem Wege	30	
auf vaginalem Wege	<u>2</u>	32

Die Interruptiones erfolgten:

durch eine Sectio parva	19	
bei einer Grav. M. 3	4	
bei einer Grav. M. 3/4	4	
bei einer Grav. M. 4	6	
bei einer Grav. M. 4/5	1	
bei einer Grav. M. 5	3	
bei einer Grav. M. 5/6	1	
durch eine Abrasio	13	
bei einer Grav. M. 2/3	3	
bei einer Grav. M. 3	4	
bei einer Grav. M. 3/4	5	
bei einer Grav. M. 4	1	

im Zusammenhang mit einer anderen
Bauchoperation:

nach einer Ovarresektion wegen eines Tumors	1	
nach einer Alexander-Adams-Operation	<u>1</u>	<u>2</u>
		62
		===

Es wird ersichtlich, daß die Mehrzahl der Sterilisationsoperationen an eine Sectio caesarea oder eine Interruptio angeschlossen wurden. Postoperative Komplikationen traten in keinem Fall auf.

d) nach dem Alter und der Anzahl der Kinder

Auskunft über das Alter der Patientinnen und die Anzahl ihrer Kinder gibt

TABELLE VI

Alter der Patientinnen	Anzahl der Kinder						Anzahl der Patientinnen
	ohne	1	2	3	4	5	
14	1	-	-	-	-	-	1
19	-	1	-	-	-	-	1
20	-	2	-	1	-	-	3
21	-	-	1	-	-	-	1
23	1	-	-	1	-	-	2
24	1	-	-	1	-	-	2
25	-	1	1	-	-	-	<u>2</u> 12
26	-	3	1	1	-	1	6
27	-	2	2	-	-	-	4
28	1	3	-	1	-	-	5
29	-	-	1	2	-	-	3
30	-	-	3	-	-	-	3
31	-	1	-	-	-	-	1
32	1	-	1	-	-	-	2
33	-	-	-	1	-	1	2
34	-	-	2	1	-	-	3
35	-	-	-	1	-	1	<u>2</u> 31
36	-	-	-	-	-	1	1
37	1	1	3	3	1	-	9
38	1	-	1	-	-	-	2
39	-	-	1	2	-	-	3
40	-	-	1	-	-	-	1
42	-	1	-	-	-	-	1
43	-	-	-	1	-	-	1
45	-	-	-	1	-	-	<u>1</u> 19
	7	15	18	17	1	4	62 62

Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 31,03 Jahre, die älteste Patientin war 45 Jahre, die jüngste 14 Jahre alt. Die größte Gruppe war die der 26- bis 35-Jährigen = 31. Die zweitgrößte Gruppe war die der 14- bis 25-Jährigen = 12.

Ein Vergleich mit der Literatur ergibt bei Moore und Russell (1.032 Fälle) ein Durchschnittsalter von 32,5 Jahren. Die jüngste Patientin war 13 Jahre, die älteste 50 Jahre alt. Dees und Captain hatten bei 670 Patientinnen ein Durchschnittsalter von 31 Jahren festgestellt, die jüngste Patientin war 11 Jahre alt, sie hatte eine Mitralstenose, und es wurde eine Interruptio mit nachfolgender Sterilisation durchgeführt, die älteste Patientin war 48 Jahre alt. Adams berichtet über 263 sterilisierte Frauen mit einem Durchschnittsalter von 30,9 Jahren.

7 Patientinnen hatten keine Geburten gehabt, von diesen wiederum 2 -ein 24-jähriges Mädchen mit schwerer Niereninsuffizienz und eine 14-jährige Patientin mit einem erblichen Keratoma palmare und plantare- auch keine Fehlgeburten. Eine erst 23-jährige Patientin ohne Geburten wurde aus eugenischen Gründen wegen einer Schizophrenie sterilisiert, eine 32-Jährige wegen einer genuinen Epilepsie, die anderen Patientinnen waren 28, 38 und 37 Jahre alt und litten unter schweren Folgezuständen nach Fallot'scher Tetralogie, chronischer Niereninsuffizienz und Lungen-Thc.

15 Patientinnen hatten ein lebendes Kind, 18 Patientinnen hatten 2 lebende Kinder, 17 Patientinnen hatten 3, eine Patientin 4, und 4 Patientinnen hatten 5 lebende Kinder.

Ein Vergleich mit der Literatur ergibt bei Moore und Russell: 7 Patientinnen hatten keine Geburten, die größte Gruppe hatte 3 - 4 Kinder, einige Patientinnen 8 Geburten, und 2 Patientinnen hatten 20 Schwangerschaften. Dees und Captain berichten, daß die Durchschnittskinderzahl bei ihren 670 Patientinnen 6 betrug und 0 bis 15 Geburten vorkamen.

III. AUSWERTUNG

Nach Darlegung der 62 Fälle soll nun geprüft werden, ob die Indikationsstellung in allen Fällen voll ausreichend war, oder ob nicht mehr oder weniger häufig die Indikationen ineinander übergriffen oder auch andere Gesichtspunkte sozialer oder sozial-wirtschaftlicher Art mitsprachen, so wie sie in den bereits erwähnten europäischen und amerikanischen Staaten sogar zur Gesetzesgrundlage geworden sind.

Die medizinisch indizierten Fälle

Zu Gruppe 1):

Auf der Deutschen Tuberkulose-Tagung 1958 war erklärt worden, daß eine Schwangerschaft bei einer Patientin mit Lungen-Tbc keine stärkere Exacerbationsgefahr zu bedeuten braucht und damit kein Grund zum therapeutischen Abort, geschweige denn zur Sterilisation sei. Nur bei erheblicher Funktions-einschränkung nach mehrfachen Operationen und lang-jähriger aktiver cavernöser Tbc könne daran gedacht werden.

Selbst dann kann noch eine Gravidität unbeschadet ausgetragen werden, wie sich an Fall 5 zeigt. Bei der Patientin mit doppelseitiger Lungen-Tbc und völliger Zerstörung des rechten Oberlappens wurde in der Städtischen Klinik für Lungenkranke, Heckeshorn, die Interruptio einer Schwangerschaft im 3./4. Monat und anschließend die Tubenquetschung nach Madlener vorgenommen. 2 Jahre später stellte sich die Patientin wieder vor, nachdem sie ein gesundes Kind geboren hatte ohne Komplikationen während der Schwangerschaft und der Entbindung.

Im Fall 8 bei einer 24-Jährigen erfolgte ebenfalls die Austragung einer Schwangerschaft trotz linksseitiger aktiver gemischtförmiger Tbc. Hier erhob sich allerdings der Verdacht auf Einschmelzung eines Rundherdes unter der Gravidität. Die medizinische Indikation zur Sterilisation 11 Tage nach der Geburt erschien also durchaus begründet.

Im Fall 12 erfolgte die Genehmigung zur Interruptio und Sterilisation bei der 37-jährigen, geschiedenen, kinderlosen Patientin mit einer inaktiven Lungen-Tbc nicht nur, um einer Exacerbation vorzubeugen, sondern auch mit Rücksicht auf Alter und Familienstand der Patientin.

Zu Gruppe 2):

Bei einigen Patientinnen, die schon nach dem 2. Kaiserschnitt sterilisiert wurden, war letztlich der eigene Wunsch entscheidend für die Durchführung des Eingriffs, z.B. hätte die erst 21-jährige Patientin (Fall 28) mit allgemein verengtem Becken voraussichtlich auch eine 3. Sectio gut überstanden. Das gleiche gilt für die 28-jährige Patientin (Fall 19) mit primärer Wehenschwäche, die bereits 2 Geburten und 2 Aborte hatte. Eine 4. Geburt hätte aber auch -ebenso wie die erste- wieder auf normalem Wege erfolgen können. Hier sprachen auch soziale Gründe mit. Im Fall 24 wünschte die 37-jährige alte Zweitpara die Sterilisation.

In den anderen Fällen erschien die medizinische Indikation zur Sterilisation, z.B. erhöhte Neigung zur Uterusruptur (18), wiederholte Placenta praevia (23) und Zustände nach mehrfachen Bauchoperationen bei einer alten Zweit- bzw. Viertpara (26, 27) schon nach der 2. Sectio gerechtfertigt.

Zu Gruppe 3):

Ein weiteres Beispiel für die subjektive Festlegung der medizinischen Indikation ist der Fall 34. Trotz schwerer Nierenschädigung konnte das zweite Kind ausgetragen werden, dank klinischer Behandlung alle 14 Tage. Danach erfolgte die Sterilisation, denn ob eine weitere Schwangerschaft den gleichen guten Ausgang für Mutter und Kind nehmen würde, war sicher fraglich.

Zu Gruppe 4):

Im Fall 37 wurde bei einer 36-jährigen Patientin mit 5 Geburten und 3 Fehlgeburten wegen eines Myocardschadens eine Gravidität im 3./4. Monat vorzeitig durch Interruptio beendet und eine Tubenresektion mit Keilexcision angeschlossen. Das Alter der Patientin, die Anzahl der Geburten und Fehlgeburten waren sicher ausschlaggebend für die Indikationsstellung, denn der Myocardschaden hätte der Austragung einer neuen Schwangerschaft nicht im Wege gestanden. Hier sprachen also soziale Erwägungen mit.

Zu beachten ist der Fall 38: die 28-jährige Patientin mit einer Totgeburt, einer Interruptio und einem Spontanabort trug jetzt ihr erstes lebendes Kind aus trotz starker Beschwerden bei einer Mitral- und Aortenklappeninsuffizienz und -stenose. Zur Geburtsbeschleunigung erfolgte eine Sectio caesarea. Die anschließende Sterilisation war medizinisch sicher begründet.

Fall 39 kann als medizinisch und gleichzeitig eugenisch indiziert betrachtet werden, da der angeborene Vorhof-Septum-Defekt bereits auf zwei Kinder übertragen worden war. Die Patientin wäre bei ent-

sprechender Behandlung sicher auch noch fähig gewesen, ein drittes Kind auszutragen, aber auch die bereits zweimalige Vererbung des Herzfehlers bot einen Anlaß zur Operation.

Zu Gruppe 5):

In allen 4 Fällen scheinen hier die Erkrankungen keinen hinreichenden Grund für eine Interruptio und Sterilisation zu bilden, sondern soziale Überlegungen vorwiegend mitzusprechen. Im Fall 42 waren nach der 1. und 3. Geburt Lähmungen am linken Arm und Bein aufgetreten. Jetzt bestand noch eine geringe Halbseitenstörung, durchaus kein Hinderungsgrund bei der Austragung einer Schwangerschaft, wohl aber die Gefahr einer erneuten Verschlechterung der Hemiparese. Die jetzt zum 4. Male gravide Patientin war bereits 42 Jahre alt, der Ehemann hirnverletzt, "ohne Vorsicht im sexuellen Verkehr", und das "Kind hätte nicht das nötige psychische Milieu", wie der Gutachter aussagte.

Im Fall 44 hatte die 34-jährige Patientin trotz einer schlaffen Lähmung des linken Beines nach Poliomyelitis im Kindesalter bereits 3 Kinder ausgetragen. Die Interruptio und Sterilisation waren also auch sozial indiziert. Ebenso verhielt es sich bei Fall 45: die 26-jährige Patientin hatte von der ersten Geburt eine Querschnittslähmung und eine motorische und sensorische Störung des rechten Beines zurückbehalten. Es bestand kein Anhalt dafür, daß bei der zweiten Schwangerschaft wieder eine vorübergehende Querschnittslähmung auftreten würde. Es wurde trotzdem eine Interruptio der Gravidität im 4. Monat durchgeführt und eine Tubenresektion ohne Keilexcision angeschlossen. Auch Fall 43, eine 33-jährige Patientin in schwerem allgemeinen Erschöpfungszustand mit

Verdacht auf parainfektiose disseminierte Encephalomyelitis hätte vielleicht bei entsprechender Therapie die Gravidität austragen können. Ausschlaggebend war, daß die Patientin bereits 5 Kinder hatte und jetzt zum 6. Male schwanger war.

Zu Gruppe 6):

Die Patientin im Fall 46 hatte trotz Kyphoskoliose mit Verlagerung der Brust- und Bauchorgane bereits zwei Kinder ausgetragen, allerdings durch eine Zangen- und Kaiserschnitt-Entbindung. Jetzt boten Alter und Stand der 35-jährigen geschiedenen Patientin außer der medizinischen Indikation einer zunehmenden organ- und altersbedingten Herz- und Kreislaufgefährdung einen Anlaß zur Interruptio einer Gravidität Mens 3 und Sterilisation. In den Fällen 47 und 48 hatten mehrfache Beckenbrüche zu Beckenmißbildungen und Unmöglichkeit eines normalen Geburtsverlaufs geführt. Es erfolgte jeweils die erste Sectio caesarea. Bei entsprechend positiver Einstellung zur weiteren Schwangerschaft hätten die 30- und 32-Jährigen auch noch die Gefahr einer 2. Sectio auf sich nehmen können, aber sie wünschten die Sterilisation.

Zu Gruppe 7):

Im Fall 49 bei einer 38-jährigen Zweitpara wurde zur Schonung einer Rectum-Damm-Fistel und Dammplastik eine Sectio caesarea ausgeführt. Eine 2. Sectio wäre bei einer erneuten Schwangerschaft wieder notwendig geworden und hätte wegen des Alters der Patientin auch zu einer erhöhten Gefahr werden können.

Die übrigen Fälle, die hier nicht näher erörtert wurden, erschienen alle streng medizinisch indiziert.

Die eugenisch indizierten Fälle

Zu Gruppe 1):

Die 8 wegen genuiner Epilepsie, Schizophrenie und einmal gleichzeitig bestehendem Schwachsinn erfolgten Sterilisationen erschienen eugenisch durchaus gerechtfertigt, wenn man die schweren Krankheitszustände, die Unfähigkeit eines Teils der Patientinnen zur sozialen Eingliederung bei gleichzeitiger sexueller Haltlosigkeit mit bereits mehreren Geburten und Fehlgeburten und die Erbllichkeit der Krankheiten betrachtet.

Zu Gruppe 2):

Der sterilisierende Eingriff im Fall 61 bei einem erst 14-jährigen Mädchen mit einem Keratoma palmare und plantare erscheint eugenisch durchaus statthaft, juristisch aber sehr fraglich. Eine 14-Jährige kann noch keine rechtsverbindliche Zusage machen, und der Wunsch der Eltern kann in einer so entscheidenden Frage wie der Ausschaltung der Fortpflanzung nicht maßgebend sein. Die Operation hätte zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden können, wenn sich die Patientin über die Bedeutung des Eingriffs klarer gewesen wäre.

Nicht voll eugenisch gerechtfertigt erscheint die Sterilisation im Fall 62 bei der Mutter eines 5-jährigen Sohnes mit Verdacht auf Osteogenesis imperfecta. Es war nicht klar, ob hier Erbfaktoren oder ein Keimschaden für die Krankheit des Kindes verantwortlich waren.

Das Ergebnis der Untersuchung der 62 Sterilisationsoperationen im Zeitraum 1950 - 1964 zeigt nun, daß in 46 Fällen (74,1 %) die Sterilisation durchaus medizinisch begründet war, obwohl in 7 Fällen (12, 19, 24, 28, 46, 47, 48) sicher auch soziale Erwägungen neben den medizinischen wirksam wurden bei dem Entschluß zur Sterilisation. In einem Fall (39) waren gleicherweise eugenische und medizinische Gründe ausschlaggebend.

In 5 Fällen (8,1 %) (37, 42, 43, 44, 45) waren vorwiegend soziale Gründe und der Sterilisationswunsch der Patientinnen entscheidend.

Die Durchführung einer Sterilisation aus eugenischer Indikation bei 8 (13,0 %) geisteskranken Patientinnen erschien sehr wertvoll, um die Weiterverbreitung krankhaften Erbgutes zu vermeiden und damit der Allgemeinheit die Sorge und Aufzucht unerwünschter, ebenfalls erbkranker Kinder abzunehmen.

In 3 Fällen (4,8 %) wurde wegen erblicher körperlicher Mißbildungen sterilisiert, in einem Fall erschien die Operation juristisch bedenklich, eugenisch gesehen aber einwandfrei begründet, in einem Fall war die Frage der Erbllichkeit des betreffenden Leidens nicht geklärt.

Diskussion einer gesetzlichen Neuregelung

Man sieht also am Beispiel unserer Kliniken, daß auch in Berlin soziale Gesichtspunkte oder Maßnahmen nur zum Zwecke der Empfängnisverhütung ohne andere Indikation bei der Erwägung einer Sterilisationsoperation mitsprechen können, wenn die Indikation letzten Endes auch immer eine medizinische genannt wurde. Es kann oft keine klare Linie beachtet werden, sondern es müssen auch Gesichtspunkte ausschlaggebend sein, die den ganzen Menschen in seinen familiären, sozialen, körperlichen, seelischen und geistigen Belangen erfassen.

Es erhebt sich nun die Frage, inwieweit man überhaupt soziale Erwägungen, d.h. aber oft einfach Maßnahmen zum Zwecke der Empfängnisverhütung oder den persönlichen Wunsch der Empfängnisverhütung bei der Indikationsstellung zur Sterilisationsoperation mitsprechen lassen darf.

Bei der Erörterung der Gesetzesgrundlagen wurde bereits erwähnt, daß zahlreiche europäische und amerikanische Staaten in ihren Gesetzen eine Lösung dieser Frage versuchen. In Amerika gibt es die genau umschriebene Indikation "sozial-wirtschaftlich", die Frauen über 30 Jahren mit über 5 Kindern erlaubt, sich sterilisieren zu lassen. G e s e n i u s berichtet, daß freiwillige Sterilisationen als Dauerempfängnisverhütung in Puerto Rico bei 70% aller Friscentbundenen durchgeführt werden und in Columbien 47% aller Sterilisationsoperationen ausmachen.

In Deutschland, d.h. in der Bundesrepublik, hat D o h r n für die Tubenligatur als einzig wirksame Empfängnisverhütungsmaßnahme plädiert, und

zwar hauptsächlich als Prophylaxe der Schwangerschaftsunterbrechung. Er nennt die Indikation dazu "ärztlich-ethisch" und hält die sogenannte "soziale" Indikation bei schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen allein für einen sterilisierenden Eingriff zu gefährlich wegen der Uferlosigkeit, die hier erreicht werden könnte und der Gefahr für den Bestand der Gesellschaft. Seiner Ansicht nach ist es nicht Aufgabe des Arztes, soziale Mißstände mit operativen Maßnahmen zu korrigieren. Zur Lösung des Asozialenproblems aber erscheint D o h r n die Tubenligatur als geeignet, einen strafbaren Eingriff, die Interruptio, zu verhindern. "Wo Grund genug gesehen wird, in werdendes Leben einzugreifen, bedeutet es einen Verstoß gegen ärztliche Pflichten, wenn eine solche Frau nach durchgeführter Interruptio entlassen wird und der Möglichkeit einer erneuten Schwängerung schon nach wenigen Wochen ausgesetzt wird."

Die gleiche Ansicht vertrat L a b h a r d t (nach Glaus), der Vorsteher der Universitätsfrauenklinik Basel, schon 1936: "Nach einem künstlichen Abort sollte stets eine Sterilisation folgen, denn wenn der somatische und psychische Zustand einer Frau derart ist, daß er von einem Arzt die Opferung eines menschlichen Wesens verlangt -also das Schwerste, was es für einen Arzt gibt-, so ist dieser Zustand auch derart, daß er vom Arzt die Vorsorge verlangt, daß dieses Ereignis kein zweites Mal mehr eintrete, da kein Präventivmittel 100%-ig sicher ist, so bleibt nur die Sterilisationsoperation übrig." L a b h a r d t meinte, daß jedem Ehepaar die Entscheidung über die Kinderzahl frei zuzugestehen ist und die Sterilisation zu gestatten, schon um dem über-

hand nehmenden Abtreibungswesen vorzubeugen.

Diese Ansicht führte in der Schweiz zur sozialen Indikation. Das Mindestalter der Patientinnen sollte 30 Jahre, die Mindestkinderzahl sollte zwei, später drei gesunde Kinder sein. Wenn er sagte 1939 (nach Glaus): "Obwohl Staat und Religion immer wieder gegen Abtreibung ankämpfen und sich für möglichst kinderreiche Familien einsetzen, ist es ihnen nicht gelungen, dieses Ziel zu erreichen. Wenn ein Ehepaar die Kinderzahl einschränken will, kann man es nicht zwingen, mehr Kinder zu zeugen. Wenn man diesen Leuten kein Verständnis entgegenbringt, werden sie immer wieder zu schädlichen und verbotenen Mitteln greifen."

Diese Erwägungen können auch heute noch ausschlaggebend sein für eine operative Empfängnisverhütung, obwohl es mechanische, chemische und hormonelle Konzeptionsverhütungsmittel gibt. Jedoch die Konzeptionsverhütung wird gerade dort nicht geübt, wo sie am nötigsten wäre: in den sozial tiefsten Kreisen, die von Minderbegabungen, vererbba ren Krankheiten und Kriminellen durchsetzt sind, in denen die Kinderzahl nur ein Zeichen der Haltlosigkeit ist, und wo die Verantwortung für die Kinder der Fürsorge des Staates überlassen wird. Die Methoden der Schwangerschaftsverhütung dringen hier nur schwer ein, denn selbst die "Anti-Baby-Pille" verlangt etwas Intelligenz und Eigenschaften, die in diesen Kreisen ebenso selten sind wie das Geld, das die chemische und hormonelle Verhütung kostet.

Es sollte aber dringend beachtet werden, daß die operative Empfängnisverhütung eine unwiderrufliche Maßnahme ist, und diese Indikation zur Sterilisation sollte in höherem Alter wirklich nur in

dringend erscheinenden Fällen zur Bekämpfung des Abtreibungsunwesens benutzt werden nach genauer Aufklärung und schriftlicher Einwilligung der Betroffenen.

Für Menschen aber, die bewußt und voller Verantwortung eine Familienplanung und damit Geburteinschränkung betreiben wollen, erscheint bei der Fülle der Konzeptionsverhütungsmittel eine derartig rigorose Maßnahme wie die Sterilisation unzumutbar. Wieviel unvorhergesehene Zufälle können einen Bruch der stabilsten Ehe, den Tod oder die Verkrüppelung der Kinder oder den Tod des Ehegatten hervorrufen, und dann ist der Eingriff nicht mehr rückgängig zu machen.

Zwar ist nach dem Bundesgerichtsurteil vom 27.10.1964 die freiwillige Sterilisation in der Bundesrepublik erlaubt, aber trotzdem sollte einer Frau, die sich aus Gründen der Empfängnisverhütung zu diesem Schritt entschlossen hat, unbedingt davon abgeraten werden. Sollte sie dennoch bei ihrem Vorsatz bleiben, so hängt diese Entscheidung von ihrem freien Willen ab. Sie ist selbst verantwortlich für ihren Körper, und es kann nicht der Vorwurf eines ungerechtfertigten oder unsittlichen Vorgehens erhoben werden. Auch der Staat kann von einer Frau nicht verlangen, sich fruchtbar zu halten. Der Arzt, der einen solchen irreparablen sterilisierenden Eingriff ausführt, muß selbst entscheiden, ob er sein Handeln nach bestem Wissen und Gewissen verantworten kann.

Ganz anders ist die eugenische Indikation zur Sterilisationsoperation zu betrachten. Sie war ja, wie bereits erwähnt wurde, der eigentliche Anlaß zur Aufstellung von Sterilisationsgesetzen in verschiedenen Staaten.

Das Ziel der Eugenik ist "die Förderung der Erbgesundheit des Volkes", also ein wichtiges sozial- und bevölkerungspolitisches Problem. Durch die Fortschritte in der Medizin fällt die Auslese fort, ausreichende Pflege und Fürsorge bewirken darüber hinaus, daß mehr Erbkrankte als früher in das zeugungsfähige Alter kommen und damit ihre kranken Gene an die Nachkommenschaft weitergeben können. Außerdem entstehen neue Erbkrankheiten durch Mutation. Es muß also verhindert werden, daß die natürliche Mutationsrate durch Strahlenbelastung, chemische, karzinogene oder teratogene Stoffe weiter ansteigt. Ebenso muß die Zunahme der Erbkrankheiten bekämpft werden durch die Sterilisation aus eugenischer Indikation (nach N a c h t s h e i m).

Obwohl die Eugenik in der Bundesrepublik Deutschland für die Zukunft des Volkes genauso wichtig ist wie überall in der Welt, bestehen bei uns immer noch große Mißverständnisse und Ressentiments. Der Begriff "Eugenik" wird zwangsläufig mit dem Erbgesundheitsgesetz in Verbindung gebracht. Da aber während der Nazi-Zeit Sterilisationen nicht nur aus eugenischen und medizinischen Gründen, sondern auch aus "rassenpolitischen" Erwägungen, um die "Vermehrung minderwertiger Rassen" zu verhindern, an Juden, Polen und Zigeunern ausgeführt wurden, ist das Erbgesundheitsgesetz auch heute noch eng mit der Nazi-Ideologie verbunden. Es wird immer noch bei vielen als "Nazi-Gesetz" angesehen, mit den "Nürnberger Rassegesetzen" in einen Topf geworfen, in Verbindung gebracht mit Euthanasie und den Verbrechen der SS in den Konzentrationslagern. Das Erbgesundheitsgesetz hatte aber durchaus das "Ziel der Erbgesundheit des Volkes" und wurde -zumindest

in den ersten Jahren des Dritten Reiches- genau wie in anderen Ländern mit eugenischer Gesetzgebung vorwiegend an Schwachsinnigen und Geisteskranken angewandt.

Wie bedenklich heute diese zögernde und unsichere Haltung gegenüber der eugenischen Indikation zur Sterilisation sein kann, zeigt folgendes Beispiel:

Ein Amtsarzt in Niedersachsen beantragte am 14.1.1965 die Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation einer 22-jährigen Schwachsinnigen mit Einwilligung ihres Vormundes. Zur Begründung wurde angeführt, daß die Patientin nicht in der Lage sei, ein wahrscheinlich ebenfalls schwachsinniges Kind aufzuziehen und darüber hinaus stets erneuten Schwängerungen ausgesetzt sei, da ihr der Zusammenhang Geschlechtsverkehr/Schwangerschaft nicht klar war. Der Staatsanwalt des zuständigen Landgerichts lehnte am 20.1.1965 den Antrag ab, weil "aus z.Zt. bestehendem Rechtszustand keine Möglichkeit bestünde, ein Verfahren mit dem Ziele einzuleiten, aus eugenischen Gründen die Sterilisation durch einen richterlichen Beschluß anordnen zu lassen" . (R e g i e - r u n g s a r c h i v H a n n o v e r)

Die Ablehnung des Antrages war durchaus begründet, denn in Niedersachsen gilt noch Abs. 1 des § 14 Erbgesundheitsgesetz, welcher für die medizinische Indikation gilt. Für die eugenische und soziale Indikation fehlt aber die Rechtsgrundlage, nachdem Abs. 2 außer Kraft gesetzt wurde. Da in dem erwähnten Fall die Einwilligung des Vormundes vorlag, kam eine freiwillige Sterilisation in Frage. Erst 1/4 Jahr vor dem Antrag des Amtsarztes hatte ja der Bundesgerichtshof ausgesagt, daß es keine deutsche Strafvorschrift gäbe, die freiwillige Sterilisationen

mit Strafe bedroht. Trotzdem fand sich kein Arzt bereit, den Eingriff bei der Schwachsinnigen auszuführen.

Hieraus zeigt sich nun die große Rechtsunsicherheit heute in der Bundesrepublik Deutschland. Ein großer Kreis von Juristen hält § 226a StGB für die freiwillige Sterilisation zuständig (S c h ö n k e - S c h r ö d e r , S c h m i d t , M a u r a c h , M a u n z - D ü r i g). Danach ist eine freiwillige Sterilisation strafbar, wenn sie gegen die guten Sitten verstößt. Diese Sittenwidrigkeit aber wird sehr verschieden ausgelegt. S c h ö n k e - S c h r ö d e r und S c h w a r z - D r e h e r halten eine sozial indizierte Sterilisation stets für sittenwidrig. M a u n z - D ü r i g weisen darauf hin, daß auch bei eugenischer Indikation die Sittenwidrigkeit der Einwilligung vor allem in der individuellen Willkür bestehen könne. Der G e n e - r a l b u n d e s a n w a l t gesteht dem Arzt allerdings auch Sterilisationen bei eugenischen und sozialen Gründen zu. S c h m i d t und K o h l - r a u s c h erkennen ebenfalls soziale Gründe an.

Wenn man diesen Rechtsauffassungen folgt, hat ein Arzt, der eine Sterilisation aus eugenischer oder sozialer Indikation vornimmt, stets mit einem Ermittlungsverfahren wegen Verstoßes gegen § 226a StGB zu rechnen, und er ist immer im Ungewissen, ob die von ihm als sittengemäß angesehene Einwilligung vom Gericht nicht als sittenwidrig angesehen wird.

Nach Ansicht des Bundesgerichtshofes ist der § 226a StGB nicht mehr anwendbar, denn nach Aufhebung des früheren § 226b seien die Körperverletzungsparagrafen als Strafdrohung bei einer freiwilligen Sterilisation nicht wieder in Kraft getreten.

Dieser Auffassung ist aber vom G e n e r a l -
b u n d e s a n w a l t und R o x i n wider-
sprochen worden. Sie halten weiterhin die Sitten-
widrigkeit der Einwilligung für das entscheidende
Kriterium der Strafbarkeit.

Um nun der allgemeinen Rechtsunsicherheit in der
Bundesrepublik begegnen zu können, muß endlich
klar festgelegt werden, inwieweit freiwillige
Sterilisationen als Körperverletzung mit Ein-
willigung strafbar sind.

Am einfachsten wäre es, die freiwillige Sterili-
sation in einer gesetzlichen Regelung unbeschränkt
zuzulassen, denn schließlich ist der Arzt an
seinen Standesethos gebunden und darf nicht will-
kürlich diese Operation durchführen. Es könnte
dann auch die eugenische Indikation in größerem
Maße wirksam werden. Da eine derartig freizügige
Handhabung aber auch sehr riskant erscheint, sollte
man -nicht zuletzt zum Schutze des Arztes- jedoch
besser ein neues Sterilisationsgesetz erlassen,
das alle medizinischen, eugenischen und sozialen
Gesichtspunkte erfaßt.

Die Gesundheitsgesetzgebung ist Aufgabe der ein-
zelnen deutschen Länder, aber hier besteht eine
Möglichkeit für den Bundesgesetzgeber, einheitliche
Richtlinien für die gesamte Bundesrepublik Deutsch-
land zu schaffen.

Der neue Strafrechtsentwurf von 1962 (§ 152 E 1962),
der statt des "Verstoßes gegen die guten Sitten"
(§ 226 StGB) auf die Verwerflichkeit der Einwilli-
gung abstellt, verspricht keinen Ausweg aus der
Rechtsunsicherheit, wenn die "Verwerflichkeit"
umrissen werden soll durch die Anruchigkeit der
Beweggründe der Ziele der Beteiligten oder der

angewandten Mittel (K o h l h a a s).

Man könnte für eine neue Gesetzgebung den Entwurf des Preußischen Landesgesundheitsrates von 1932 heranziehen und die skandinavischen und amerikanischen Gesetze beachten.

Die eugenische Indikation müßte genau umrissen werden, und "eine Sterilisation könnte dort rechtens sein, wo nach Überprüfung durch ein unabhängiges mit Ärzten besetztes Gericht zu befürchten sei, daß Kinder mit unheilbaren Erbkrankheiten geboren werden könnten" (K o h l h a a s).

Die medizinische Indikation sollte der Entscheidung des Arztes überlassen bleiben, darüber hinaus sollten aber auch soziale oder sozial-wirtschaftliche Gründe beachtet werden, die z.B. für Abhilfe und Linderung des Asozialenproblems und zur Bekämpfung des Abtreibungsunwesens beitragen könnten.

Die Neuregelung müßte aber vor allem vom Grundsatz größtmöglicher Freiheitlichkeit getragen sein, um jeglicher Erinnerung an die Zeiten des Zwanges

Z u s a m m e n f a s s u n g

Es wird über die Entwicklung der Sterilisationsoperation und ihre gesetzlichen Grundlagen im Ausland und in Deutschland berichtet. Nach Darlegung von 62 Fällen sterilisierter Frauen zeigt die Untersuchung, daß trotz genauer Festlegung in medizinische und eugenische Indikationsgruppen in einigen Fällen vorwiegend soziale Gesichtspunkte bestimmend waren, in anderen wesentlich mitgesprochen haben. Es ergibt sich, daß eine Sterilisation auch auf Wunsch einer Patientin erfolgen kann, wenn gleichzeitig medizinische Erwägungen oder Verdacht auf mehrfache Abtreibungen erhoben werden. Von einer Sterilisation als Empfängnisverhütungsmaßnahme ohne jede sonstige Indikation muß dringend abgeraten werden wegen eines eventuellen späteren Kinderwunsches. Sehr bedeutsam ist die eugenische Indikation zur Sterilisation, die aus verschiedenen Gründen noch zu selten durchgeführt wird. Abschließend wird Stellung genommen zur unsicheren Rechtslage der Sterilisation in der Bundesrepublik Deutschland und zu einer neuen gesetzlichen Regelung, die unbedingt in Aussicht genommen werden sollte.

LITERATURVERZEICHNIS

1. ADAMS, T.W. : Female Sterilization
Amer. J. Obstet. Gynec.
89 (1964) 395-401
2. BOETERS : Die Unfruchtbarmachung
Geisteskranker, Schwachsinniger
und Verbrecher aus Anlage
Ztschr. f. Med.Beamte XXXVIII
(1925) 336-41, Berlin
3. DEES, D. and : Should hysterektomy replace
CAPTAIN, U. routine tubal sterilization
Amer. J. Obstet. Gynec.
82 (1961) 572-77
4. DIECKMANN, W.J. and : Pregnancy following tubal
HAUSER, E.B. sterilization
Amer. J. Obstet. Gynec.
55 (1948) 308-12
5. DIEPGEN, P. : Geschichte der Medizin
Bd. II Walter de Gruyter & Co.,
Berlin 1955
6. DOHRN, A. : Schutzschrift an das Landgericht
Hannover vom 7.3.1960
Staatsanwaltschaft Hannover
25/KLS 3/63
7. EASTMAN, J.J. : Hazards of pregnancy and labor
in the "Grande Multipara"
New York J. Med.
40 (1940) 1708-12
8. EKBLAD, M. : Sterilization of women as a
social-psychiatric indication.
A follow-up study
Svensk Lakartidn
57 (1960) 917-35
9. GAMPELL, R. : Legal Status of Therapeutic
Abortion and Sterilization in
the United States
Clin. Obstet. Gynec.
7 (1964) 22-36
10. GESENIUS, H. : Empfängnisverhütung
Urban u. Schwarzenberg,
München-Berlin 1959

11. GLAUS, A. : Schwangerschaftsunterbrechung
und deren Verhütung
Bern 1962
12. GRAVENHORST, H. : Der Exhibitionismus Schwach-
sinniger in der heutigen Rechtslage
Staatsmed. Akademie Hamburg 1956
13. GREENHILL, J. : World trends of therapeutic
abortion and sterilization
Clin. Obstet. Gynec.
7 (1964) 37-42
14. GULEKE, N. und : Allgemeine und spezielle
ZENKER, R. chirurgische Operationslehre
Springer, Berlin-Göttingen,
Heidelberg-New York 1964
15. HANACK, E.W. : Die strafrechtliche Zulassung
künstlicher Unfruchtbarmachungen
Marburger Rechts- und Staats-
wissenschaftliche Abhandlungen
Reihe A, 2 (1959)
16. HANACK, E.W. : Es gibt keine deutsche Strafvor-
schrift mehr, die freiwillige
Sterilisationen mit Strafe bedroht.
Diese Gesetzeslücke kann nur durch
den Gesetzesgeber geschlossen
werden.
BGH 27.10.1964 5. STR 78/64
mit Anm. JZ 7 (1965) 220-24
17. HARMSSEN, H. : Ergebnisse des Berliner Strafrechts-
und Gefängniskongresses 1935
Soziale Praxis (1935),
zit. nach Gravenhorst
18. HARMSSEN, H. : Das Gesetz zur Verhütung erb-
kranken Nachwuchses
Verlag "Dienst am Leben", Berlin
1936
19. HEARIN, W. : Tubal ligation - its use and abuse
Amer. J. Obstet. Gynec.
72 (1956) 1207-13
20. IRVING, F.C. : New method of insuring sterility
following cesarean section
Amer. J. Obstet. Gynec.
8 (1924) 335-37

21. JENSEN, F. and LESTER, J. : Ten years of tubal sterilization by the Madlener method
Acta obst. et gynec. scandinav.
36 (1958) 324-39
22. KANKELEIT, O. : Die Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen und sozialen Gründen
München 1929, zit. n. Ott
23. KIERSKI, W.S. : Zur Frage der Sterilisation, insbesondere aus eugenischer Indikation
Med. Sachverständiger
57 (1961) 132-36
24. KIRCHHOFF, H. : Die Sterilisierung der Frau in gynäkologischer Sicht
Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Stuttgart, 22 (1962) 1433-34
25. KOHLHAAS, M. : Die Sterilisation mit Einwilligung des Patienten aus strafrechtlicher Sicht
Zur ärztlichen Fortbildung (West-Berlin)
50 (1961) 469-72
26. KOHLHAAS, M. : Die rechtfertigende Einwilligung von Körperverletzungstatbeständen
NJW 51 (1963) 2348-52
27. KOHLRAUSCH, E. : Sterilisation und Strafrecht
Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswiss.
52 (1932) 383-404
28. LULL, C.B. and MITCHELL, R.M. : Pomeroy method of sterilization
Amer. J. Obstet. Gynec.
59 (1950) 1118-23
29. MAIER, H.W. : Zum gegenwärtigen Stand der Frage der Kastration und Sterilisation aus psychiatrischer Indikation
Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (1925) 200 ff, zit. n. Ott
30. MAUNZ, T. und DÜRIG, G. : GG Kommentar, Art. 2 Abs. 2, Bem. 33
Beck, München-Berlin 1961

31. MAURACH, R. : Deutsches Strafrecht Bes. T.
3. Auflage 74
Müller, Karlsruhe 1959
32. MOLOSHEK, R. : Fetal considerations for
therapeutic abortion and
sterilization
Clin. Obstet. Gynec.
7 (1964) 82-99
33. MOORE, J.G. and : Maternal medical indications
RUSSELL, K.P. for female sterilization
Clin. Obstet. Gynec.
7 (1964) 54-66
34. NACHTSHEIM, H. : Das Gesetz zur Verhütung erb-
kranken Nachwuchses aus dem
Jahre 1933 in heutiger Sicht
Ärztl. Mitteil. Köln
47-59. (1962) 1640-44
35. NACHTSHEIM, H. : Der Arzt des öffentlichen
Gesundheitsdienstes
Georg Thieme, Stuttgart 1963
36. NAUJOKS, H. : Schwangerschaftsunterbrechung
und Sterilisation
Arch. Gynäk.
180 (1951) 304-12
37. NORRIS, A.S. : An examination of the effects
of tubal ligation: their
implications for prediction
Amer. J. Obstet. Gynec.
90 (1964) 431-6
38. OTT, S. : Der Fall Dr. Dohrn (Eine Dokumen-
tation zur Frage der Schwanger-
schaftsverhütung und der guten
Sitten)
Szczesny, München 1964
39. PANIAGUA, M.E. : Medical and psychological
sequelae of surgical steriliza-
tion of women
Amer. J. Obstet. Gynec.
90 (1964) 421-30
40. v. RHODEN, F. : Über Aufgaben und Probleme der
Gutachter- und Mütterhilfssteller
in Schleswig-Holstein
Schlesw.-Holst. Ärztebl.
(1961) 238 ff.

41. ROSENZWEIG, E. : The technique of vaginal sterilization by transposition of the fallopian tubes into the vesico-vaginal space ("sterilisatio per dislocationem tubarum")
Amer. J. Obstet. Gynec.
89 (1964) 183-5
42. ROTTON, G. : Failures in sterilization
Pacific Coast Obstet. Gynec.
22 (1954) 59-63
43. ROXIN, C. : Die strafrechtliche Beurteilung der einverständlichen Sterilisation
Nds. Ärzteblatt
6 (1965) 165-172
44. RUBIN, J.C. and NOVAK, I. : Integrated gynecology
Principles and practise
Vol. III New York, Toronto, London 1956
45. SAVEL, L.E. and PERLMUTTER, I.K. : Therapeutic Abortion and Sterilization Committee.
A 3 years experience
Amer. J. Obstet. Gynec.
80 (1960) 1192-9
46. SCHMIDT, E. : Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation nach geltendem und künftigen Recht
Arch. Gynäk.
180 (1951) 289-302
47. SCHOENKE, A. und SCHRÖDER, H. : StGB 12. Aufl. § 226a Anm. 17
Beck, München-Berlin 1965
48. SCHWARZ, O. und DREHER, E. : StGB 27. Aufl. m. Nebengesetzen u. Verordnungen § 226a Anm. 1
Beck, München-Berlin 1965
49. SHEARES, B.H. : Sterilization of women by intra-uterine electro-cautery of the uterine cornu
J. Obstet. Gynec. Brit. Empire
65 (1958) 419-23
50. SIGERIST, H.E. : Die Heilkunst im Dienste der Menschheit
Stuttgart 1954

51. SPANN, W. : Ärztliche Rechts- u. Standeskunde
Lehmann, München 1962
52. STARR, S.H. and : Puerperal sterilization
KOSALSKY, H. Amer. J. Obstet. Gynec.
88 (1964) 944-51
53. URBANCZYK, L. : Sind freiwillige Sterilisationen
strafbar
NJW 10 (1964) 425-28
54. Deutsche Tuberkulose - Tagung,
Hamburg 16.-19.9.1958
Tagungsbericht
Der Tuberkulosearzt
1 (1959) 59
55. Aus der Rechtsprechung
Urteil des BGH vom 27.10.1964
5. StR 78/64
Die Auffassung des General-
bundesanwalts
Deutsche Richterzeitung (1965)
24-29
56. Antrag auf Schwangerschafts-
unterbrechung und Sterilisation
vom 14.1.1965
Regierungsarchiv Hannover

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte	Interrup- tionen	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
1	1950	30	verh.	2	3/-		aktive cavernöse doppelseitige Lungen-Tbc. Grav. M. 4	Zustand nach Thoraco- plastik rechts, linkssei- tige Caverne besserte sich. Caverne im rechten Oberfeld.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. mit Keilexc.
2	1955	35	verh.	5	-/-		aktive rechtsseitige cavernöse Lungen-Tbc. Grav. M. 3/4	Caverne im rechten Oberfeld.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. ohne Keilexc.
3	1956	43	verh.	3	1/1		aktive käsig-fibröse linksseitige Ober- lappen-Tbc, rechts- seitig inaktiv. Diabetes mellitus seit 30 Jahren. Grav. M. 3/4	Zustand nach Pneumo- thorax rechts.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. mit Keilexc.
4	1957	25	led.	1	-/1		aktive cavernöse doppelseitige Lungen-Tbc.	hochgradige Ateminsuffi- zienz, zerstörter linker Oberlappen, zahlreiche Cavernen im rechten Mittel- und Oberlappen. Tb-Nachweis: positiv.	Tubenres. mit Keilexc.
5	1957	26	verh.	1	-/2		aktive cavernöse doppelseitige Lungen-Tbc. Grav. M. 3/4	Zustand nach Pneumo- thorax Chemoresistenz.	Interruptio Madlener (Abrasio) (Spontangeb. 1959)
6	1959	26	verh.	3	-/1		aktive cavernöse rechtsseitige und käsig-fibröse links- seitige Lungen-Tbc.	Zustand nach Pneumothorax und Pneumoperitoneum. Fragliche Chemoresistenz	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. ohne Keilexc.

Nr. Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte Interrup- tionen	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart	
7	1959	27	verh.	2	2/-	aktive cavernöse linkssseitige, fibröse rechtsseitige Lungen-Tbc. Grav. M. 3	Zustand nach Pneumektomie und Oleothorax links. Bevorstehende Thoraco- plastik wegen Empyem links.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. mit Kellexc.
8	1960	24	verh.	2	-/-	aktive gemischtförmige linkssseitige Lungen- Tbc. Grav. M. 10	Verdacht auf Einschmelzung eines Runderdes links paracardial.	Madlener 11 Tage nach der Geburt.
9	1961	29	verh.	3	2/-	aktive fibrös-knotige doppelseitige Lungen- Tbc. Grav. M. 4	Verdacht einer Caverne im rechten Oberlappen. Tb-Nachweis: positiv.	Interruptio (Sectio parva) Madlener.
10	1962	37	verh.	1	-/-	aktive rechtsseitige Lungen-Tbc. Grav. M. 2/3	Zustand nach Pneumektomie links mit Polystonplombe.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. ohne Kellexc.
11	1963	37	verw.	4	-/-	aktive cavernöse dop- pelseitige Lungen-Tbc. Grav. M. 3/4	Chemoresistenz auf SM, PAS, INH, jetzt Tebestium-Gaben.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. ohne Kellexc.
12	1954	37	gesch.	-	-/1	inaktive Lungen-Tbc bei Thyreotoxikose.	Zustand nach Strumektomie.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. ohne Kellexc.
13	1958	37	verh.	2	-/-	inaktive doppelseitige Lungen-Tbc. Grav. M. 4	Zustand nach Pneumektomie links mit starker Schrumpfung der Resthöhle. Exacerbationsgefahr rechts.	Interruptio (Sectio parva) Madlener.

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte	Inter- rup- tionen	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
14	1961	34	verh.	2	-/-		inaktive rechtssei- tige Lungen-Tbc. Grav. M. 2/3	Zustand nach Pneumoperito- neum, Phrenicusexhairese und Pneumektomie rechts.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. mit Keilexc.
15	1964	27	verh.	2	-/1		Lungen-Tbc und rechts- seitige Nieren- und Harnleiter-Tbc. Grav. M. 4	Zustand nach Nephrektomie rechts. Exacerbations- gefahr mit Belastung der Restniere.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. ohne Keilexc.
16	1950	37	verh.	2	-/-		3. Sectio Grav. M. 10	langes Becken, Beckenmaße: 25,5/27/18	Sectio caesarea Tubenres. mit Keilexc.
17	1951	37	verh.	2	-/-		3. Sectio Grav. M. 10	platt-rhachitisches Becken. Linke Schräglage des Kindes.	Sectio caesarea Tubenres. mit Keilexc.
18	1951	31	verh.	1	-/1		2. Sectio Grav. M. 10	drohende Uterusruptur. (Vorangegangene Inter- ruptio wegen beginnender Uterusruptur, 1. Sectio wegen spontaner Uterus- ruptur).	Sectio caesarea Tubenres. mit Keilexc.
19	1954	28	verh.	2	2/-		2. Sectio Grav. M. 10	primäre Wehenschwäche.	Sectio caesarea Madlener.
20	1955	22	verh.	2	-/-		3. Sectio Grav. M. 10	allgemein verengtes Becken 2. Grades.	Sectio caesarea Tubenres. ohne Keilexc.

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
					Interup- tionen			
21	1961	35	verh.	2	1/-	3. Sectio Grav. M. 10	1. Sectio wegen hohen Geradstandes des Kindes; 2. Sectio wegen drohender intrauteriner Asphyxie des Kindes. Zustand nach schweren Thrombembolien.	Sectio caesarea Entfernung von Myomen. Madlener.
22	1957	20	verh.	2	-/-	3. Sectio Grav. M. 10	allgemein verengtes Becken.	Sectio caesarea Tubenres. ohne Kellexc.
23	1958	33	verh.	2	2/-	2. Sectio Grav. M. 10	Placenta praevia totalis. (1. Sectio aus gleicher Indikation.)	Sectio caesarea Madlener.
24	1958	37	verh.	1	1/-	2. Sectio Grav. M. 10	Protrahierter Geburtsver- lauf. (1. Sectio wegen Verdacht der Übertragung des Kindes.)	Sectio caesarea Madlener.
25	1962	37	verh.	2	-/-	3. Sectio Grav. M. 10	1. dorso-anteriore Quer- lage. (1. und 2. Sectio ebenfalls wegen Querlage.)	Sectio caesarea Tubenres. ohne Kellexc.
26	1962	39	verh.	1	-/-	2. Sectio Grav. M. 10	Vorzeitiger Blasensprung. Zustand nach Myomenuclea- tionen und Appendektomie. (1. Sectio wegen drohen- der Uterusruptur.)	Sectio caesarea Tubenres. ohne Kellexc.
27	1962	40	verh.	3 (2 Totgeburt)	-/-	2. Sectio Grav. M. 10	Zustand nach linksseitiger Adnexitumor-Operation und Appendektomie. Praeeklampsie.	Sectio caesarea Tubenres. ohne Kellexc.

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
					Interrup- tionen			
28	1963	21	verh.	1	-/-	2. Sectio Grav. M. 10	allgemein verengtes Becken. Wehenschwäche.	Sectio caesarea Tubenres. ohne Keilexc.
29	1964	45	verh.	2	-/-	Sectio Alte Drittpara. Grav. M. 10	Querlage des Kindes.	Sectio caesarea Sterilisations- art nicht bekannt
30	1950	38	verh.	-	1/-	chronische Nephritis mit Übergang in Schrumpfnieren Grav. M. 5	Retinitis angiospastica, hyperchrome Anämie. Ei- weißausscheidung und Isothenergie. Sediment: Ery. + Zylinder.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. mit Keilexc.
31	1950	39	verh.	3	-/-	chronische Nephritis mit beginnender Schrumpfung und Nephrose. Grav. M. 5/6	Frühgeburt mit eklamp- tischem Anfall, Ödemen und Gleichgewichtsstörungen. Esbach: 12 mg%.	Tubenres. ohne Keilexc. nach der Frühgeburt.
32	1954	28	verh.	1	1/2	Hufeisenniere mit Korallensteinbildung. Cystopyelonephritis. Grav. M. 3	ständige Nierenschmerzen, beginnende Hydronephrose.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. mit Keilexc. (vaginal)
33	1957	29	verh.	3	2/1	Hydronephrose beiderseits. Grav. M. 3/4	Zustand nach Nephrostomie wegen eines Nierenbecken- steins links.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. ohne Keilexc.

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte Inter- rup- tionen	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
34	1958	37	verh.	1	-/-	doppelseitige Schrumpfiniere Grav. M. 10 (Alle 14 Tage klini- sche Behandlung, da- her starb das Kind nicht ab.)	ständige Eiweißausschei- dung, vorübergehend Ödeme und erhöhter Blutdruck	Sectio caesarea Madlener.
35	1959	27	verh.	-	-/-	Zustand nach Nephrek- tomie links wegen Schrumpfiniere und rechtsseitiger Nierenplastik. Grav. M. 10	Wehenschwäche.	Sectio caesarea Madlener.
36	1962	24	led.	-	-/-	kompensierte Niereninsuffizienz.	Zustand nach linksseiti- ger Nephrektomie, rechts- seitiger Nephrostomie, Pyeloureteronestomie rechts, Lithotrypsie eines Nierenbeckensteins aus der Restniere, Excision eines Nierenfistelganges und Pyelolithotomie. Albuminurie.	Tubenres. ohne Keilexc.
37	1950	36	verh.	5	3/-	Myocardschaden Grav. M. 3/4	Dyspnoe. Tachycardie, Arrhythmie. (Nach der 1. Geburt: Sepsis puerpe- ralis.) Jetzt postoperativ Endometritis puerperalis.	Interruptio (Abrasio)

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand Ge- burten	Spontan- aborte Interrup- tionen	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
38	1955	28	verh. 1	1/1 (1 Totgeburt)	Mitralinsuffizienz, geringe Mitralstenose, Aorteninsuffizienz und -stenose Grav. M. 10	Rechts- und Linksherz- hypertrophie, Vorhof- hypertrophie und -dila- tation links. Systoli- sches Decrescendogeräusch und Diastolikum.	Sectio caesarea Madlener.
39	1957	30	verh. 2	-/-	angeborener Vorhof- septumdefekt. Grav. M. 3 (Vererbung auf zwei Kinder.)	Dyspnoe, Systolikum und Diastolikum. Rechts- Linksverbreiterung des Herzens. Myocardschaden.	Interruptio (Sectio parva) Madlener.
40	1962	28	led. -	-/-	Zustand nach Operation einer Fallot'schen Tetralogie. Infundibu- läre und valvuläre Pulmonalstenose. Grav. M. 3/4	Dyspnoe und Cyanosezunahme während der Schwanger- schaft. Lautes Systolikum, Rechtsherzhypertrophie. Keilexc.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. ohne Keilexc.
41	1964	19	verh. 1	-/-	schweres kombiniertes Mitralvitium mit vor- wiegender Insuffizi- enz. Zustand nach Mitralstenosen- operation. Grav. M. 3	Dyspnoe, Arrhythmia abso- luta, Systolikum und Diastolikum, Vorhofhyper- trophie, Rechts- und Linksherzdilatation.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. ohne Keilexc.
42	1951	42	verh. 3	-/- (2 Totgeburten)	Halbseitenstörung Grav. M. 5	Sensibilitätsstörungen am linken Arm und Bein nach der 1. und 3. Geburt. Hyperthyreose.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. mit Keilexc.

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte Inter- rup- tionen	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
43	1954	33	verh.	5	-/-	Parainfektiose, disseminierte Encephalomyelitis, Chorioiditis tuber- kulosa. Grav. M. 2/3	schwerer allgemeiner Er- schöpfungszustand. Augen- hintergrund: rechts mehr peripher, links mehr zen- trale bräunlich-grünliche Pigmentflecken. Abge- schwächte Reflexe und Suicidgefahr.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. mit Keilexc.
44	1964	34	verh.	3	-/1	Zustand nach Polimyelitis.	vollständige schlaffe Lähmung des linken Beines.	Tubenres. mit Keilexc.
45	1964	26	verh.	1	1/-	Zustand nach Quer- schnittslähmung. Grav. M. 4	motorische und sensorische Störung des rechten Beines mit geringer Atrophie und Spontan-Babinski.	Interruptio (Abrasio) Tubenres. ohne Keilexc.
46	1951	34	gesch.	2	1/-	Kyphoskoliose. Zustand nach einer Zangen- und Kaiser- schnittentbindung. Grav. M. 3	rechtskonvexe Skoliose der BWS mit starkem Hervortre- ten des rechten Schulter- blattes und Verlagerung der Brust- und Bauchorgane.	Interruptio Tubenres. mit Keilexc.
47	1952	30	verw.	1	-/-	Zustand nach multiplen Beckenbrüchen. Grav. M. 10	Schrägerengtes Becken Beckenmaße: 27/30/32/20.	Sectio caesarea Tubenres. mit Keilexc.
48	1957	32	verh.	1	-/-	Zustand nach 4-fachen Beckenbrüchen. Grav. M. 10		Sectio caesarea Sterilisations- art nicht bekannt
49	1959	38	verh.	1	1/-	Zustand nach Damm- plastik und Rectum- Damm-Fistel. Grav. M. 10	nach der 1. Geburt: Dammriß 3. Grades.	Sectio caesarea Madlener.

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
					Interrup- tionen			
50	1964	26	verh.	2	-/-	Schonung des Operati- onsergebnisses einer Cystocelenversenkung, Portioamputation, hinteren Plastik und Alexander-Adams- Operation.	Zustand nach Parametritis, Emmetriß. Scheidendescen- sus, Portioektropium, Re- troflexio uteri mobilis.	Tubenres. ohne Keilexc.
51	1954	28	verh.	-	1/1	seit 10 Jahren Diabetes mellitus Grav. M. 10	Stoffwechsellabilität. Vor 4 Jahren 4 Lues- Kuren.	1 Sectio caesarea Tubenres. mit Keilexc. (Geburt von Zwillingen, ein Kind mit multiplen Miß- bildungen der Beine.)
52	1950	29	verh.	2	-/-	Schizophrenie. Grav. M. 5	Zustand nach Leukotomie.	Interruptio (Sectio parva) Tubenres. mit Keilexc.
53	1954	39	verh.	3	-/-	Schizophrenie. Grav. M. 5/6	Zustand nach Leukotomie. Letzte Geburt vor 12 Jah- ren, jetzt Gefahr eines erneuten Schubes durch hormonelle Umstellung.	Interruptio (Sectio parva) Madlener.
54	1954	20	led.	1	-/-	Genuine Epilepsie. Grav. M. 3/4	Menarche mit 16 Jahren, seitdem Krampfanfälle. Seit 2 Jahren alle 2-3 Tage Anfälle. Schon deut- liche Wesensänderung und Antriebsstörung.	Interruptio (Abrasio) Madlener.
55	1954	26	verh.	5	-/-	Epilepsie. Grav. M. 3	seit 2 Jahren schwere Krampfanfälle, Häufung während der Schwangersch.	Interruptio (Sectio parva) Madlener.

Nr.	Op.- Jahr	Alter	Stand	Ge- burten	Spontan- aborte Inter- rup- tionen	Indikationsstellung	Klinische Erscheinungen	Operationsart
56	1957	23	led.	-	3/-	Schizophrenie. Grav. M. 4	Zustand nach Leukotomie, mehrfache Heilstätten- behandlung.	Interruptio (Sectio parva) Tubenes. ohne Kellexc.
57	1957	32	verh.	-	1/-	Genuine Epilepsie Grav. M. 4/5	vor einem Jahr im Anfall aus dem Fenster gesprun- gen. Fraktur des 2./3. Lendenwirbels.	Interruptio (Sectio parva) Exstirpation einer rechtssei- tigen Dermoid- cyste. Tubenes. ohne Kellexc.
58	1962	20	led.	1	-/-	Pfropfschizophrenie bei Schwachsinn. Grav. M. 3	Verschlechterung des Zu- standes durch die Schwan- gerschaft. Heilstätten- behandlung. Suicidgefahr.	Interruptio (Sectio parva) Tubenes. mit Kellexc.
59	1962	25	led.	2	-/-	Genuine Epilepsie mit gesteigerter sexuel- ler Triebhaftigkeit.	generalisierte Krampfan- fälle, Weitschweifigkeit, Reizbarkeit.	Tubenes. ohne Kellexc. (inguinal)
60	1954	26	verh.	1	1/-	Keratoma hereditarium palmar et plantare. (In 4 Generationen vererbt.) Grav. M. 3	Hyperkeratosen an Händen, Knien und Füßen. Verstei- fung der rechten Finger- gelenke.	Interruptio (Sectio parva) iadlener
61	1964	14	led.	-	-/-	Keratoma hereditarium palmar et plantare	Hyperkeratosen an Händen und Füßen	Tubenes. ohne Kellexc. (inguinal)
62	1964	27	verh.	1	1/-	Verdacht auf Osteo- genesis imperfecta des Sohnes.	schon mehrere Frakturen des Sohnes	Ovarres. links. Tubenes. ohne Kellexc. bds.

DANKSAGUNG

Herrn Professor Dr. med. H. L a x
möchte ich für die Themenstellung,
wertvollen Anregungen und hilfreichen
Ratschläge während meiner Arbeit
danken.

LEBENS LAUF

Am 9. März 1939 wurde ich als zweite Tochter des Masseurs Erich S t ä n d e r und seiner Ehefrau Luise Ständer geb. Schindel in Berlin geboren.

Von 1945 - 1951 besuchte ich die 7. Grundschule in Berlin-Wilmersdorf, von 1951 - 1958 die Hildegard-Wegscheider-Oberschule in Berlin-Grunewald und legte dort am 26. Februar 1958 die Reifeprüfung ab.

Im Sommersemester 1958 begann ich mit dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin und bestand dort am 23. April 1959 das Vorphysikum und am 29. Oktober 1960 das Physikum. Im Sommersemester 1961 und im Wintersemester 1961/62 studierte ich an der Albert-Ludwig-Universität in Freiburg. Vom Sommersemester 1962 bis Sommersemester 1964 besuchte ich wieder die Freie Universität Berlin und bestand am 24. Oktober 1964 das Staatsexamen.

Anschließend war ich als Medizinalassistentin im St. Gertrauden-Krankenhaus, Berlin, Kreiskrankenhaus Helmstedt und Rheuma-Sanatorium Galenberg in Bad Nenndorf tätig. Dort war ich nach der Approbation am 31. Dezember 1966 weiterhin als Assistenzärztin auf der Internen Abteilung beschäftigt. Seit November 1967 arbeite ich als Assistenzärztin auf der Internen Abteilung des Friederikenstiftes in Hannover.

